

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ
À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
CHEMINEMENT POUR PSYCHOLOGUES EN EXERCICE

PAR
SYLVIE ROUSSEAU

ÉVALUER L'EFFICACITÉ
DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT
POUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE :
UN PROTOCOLE À CAS UNIQUE

AVRIL 2019

Composition du jury

Évaluer l'efficacité
de la thérapie d'acceptation et d'engagement
pour le trouble d'anxiété généralisée :
un protocole à cas unique

Ce mémoire doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Frédéric Dionne, Ph.D., directeur de thèse
département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Guylaine Côté, Ph.D., membre du jury
département de psychologie, Université de Sherbrooke

Frédéric Langlois, Ph.D., membre du jury
département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Sommaire

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble chronique qui est largement répandu dans la population. La littérature scientifique indique que la thérapie cognitive comportementale (TCC) s'avère la forme d'intervention la mieux appuyée sur le plan empirique auprès des personnes souffrant du TAG. Cependant, un nombre important de personnes ayant un TAG continue d'éprouver des difficultés significatives à la fin d'un traitement TCC. Il est donc nécessaire de considérer d'autres options thérapeutiques. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une approche récente et prometteuse qui constitue une alternative au traitement TCC. Les recherches sur l'efficacité de l'ACT dans le traitement des troubles anxieux demeurent rares et très peu d'études cliniques utilisent un protocole standardisé basé sur l'ACT pour les traiter. L'objectif de cette recherche est d'étudier les effets du traitement ACT auprès de personnes qui souffrent du TAG. Pour ce faire, un devis expérimental à cas unique avec mesures répétées a été utilisé auprès de quatre participantes ayant un diagnostic principal de TAG, qui ont pris part à une psychothérapie individuelle de dix rencontres selon un protocole basé sur l'ACT. L'efficacité de l'intervention a été mesurée avant, pendant et après le traitement. L'étude comportait quatre hypothèses : une psychothérapie selon l'ACT permettra aux participantes : 1) d'améliorer leur qualité de vie définie comme des actions cohérentes aux valeurs; 2) de réduire leur niveau d'anxiété; 3) de diminuer leur niveau d'inquiétudes et 4) de diminuer leur niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion). Les résultats confirment

que le traitement ACT permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui sont atteintes du TAG. Ils confirment partiellement que le traitement ACT permet de réduire l'anxiété et de diminuer le niveau d'inquiétudes. Ils ne permettent pas de conclure que ce traitement diminue l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des personnes qui souffrent du TAG. Les résultats de cette étude suggèrent que l'ACT semble un traitement prometteur pour les personnes souffrant du TAG et soulèvent la pertinence de poursuivre les recherches afin d'approfondir le sujet.

Mots-clés : Thérapie d'acceptation et d'engagement, trouble d'anxiété généralisée, troubles anxieux, thérapie cognitive comportementale, protocoles à cas unique.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
La prévalence et l'ampleur des troubles anxieux	6
Le trouble d'anxiété généralisée	7
Les thérapies cognitives comportementales	9
La thérapie d'acceptation et d'engagement	22
L'efficacité des traitements	32
Objectif et hypothèses de recherche	39
Méthode	40
Participants	41
Instruments de mesure	45
Déroulement de la recherche	51
Analyses statistiques	53
Résultats	56
Qualité de vie	57
Actions engagées	62
Anxiété	66
Inquiétudes	70
Inflexibilité psychologique (évitement, fusion)	76
Discussion	83
L'amélioration de la qualité de vie	84
La réduction de l'anxiété et du niveau d'inquiétudes	87
La diminution du niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion)	90
Implications cliniques des résultats	93
Limites de l'étude	95
Forces de l'étude	99

Pistes de recherches futures	100
Conclusion	102
Références	105
Appendice A- Critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée selon le DSM-5...	117
Appendice B- Processus de la flexibilité psychologique	120
Appendice C- Annonce pour le recrutement des participants.....	122
Appendice D- Le flux des participants au cours de l'étude	124
Appendice E- Instruments de collecte de données.....	126
Appendice F- Formulaire d'information et de consentement	137
Appendice G- Approbation par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke	145
Appendice H- Tableau-synthèse	149
Appendice I- Thèmes des rencontres et calendrier des interventions	151
Appendice J- Calculs de la statistique Tau-U associée au test de tendance.....	153

Liste des tableaux

Tableau

1	Diagnostics des participantes	43
2	Présentation des participantes selon les variables sociodémographiques	50
3	Synthèse de la démarche reliée à l'évaluation.....	150
4	Calculs de la statistique Tau-U associée au test de tendance	154

Liste des figures

Figure

1	Valeurs de vie des participantes à chacun des temps de mesure.....	58
2	Niveau de qualité de vie de la Participante 1 à chacun des temps de mesure	59
3	Niveau de qualité de vie de la Participante 2 à chacun des temps de mesure	60
4	Niveau de qualité de vie de la Participante 3 à chacun des temps de mesure	61
5	Niveau de qualité de vie de la Participante 4 à chacun des temps de mesure	62
6	Niveau d'actions de la Participante 1 à chacun des temps de mesure.....	63
7	Niveau d'actions de la Participante 2 à chacun des temps de mesure.....	64
8	Niveau d'actions de la Participante 3 à chacun des temps de mesure.....	65
9	Niveau d'actions de la Participante 4 à chacun des temps de mesure.....	65
10	Niveau d'anxiété des participantes à chacun des temps de mesure.....	67
11	Niveau d'anxiété de la Participante 1 à chacun des temps de mesure	68
12	Niveau d'anxiété de la Participante 2 à chacun des temps de mesure	68
13	Niveau d'anxiété de la Participante 3 à chacun des temps de mesure.....	69
14	Niveau d'anxiété de la Participante 4 à chacun des temps de mesure	70
15	Niveau d'inquiétudes (Penn State) des participantes à chacun des temps de mesure	71
16	Niveau d'inquiétudes (QIA) des participantes à chacun des temps de mesure...	72
17	Niveau d'inquiétudes de la Participante 1 à chacun des temps de mesure.....	73
18	Niveau d'inquiétudes de la Participante 2 à chacun des temps de mesure.....	74
19	Niveau d'inquiétudes de la Participante 3 à chacun des temps de mesure.....	74

20	Niveau d'inquiétudes de la Participante 4 à chacun des temps de mesure.....	75
21	Niveau d'évitement expérientiel (AAQ-II) des participantes à chacun des temps de mesure.....	77
22	Niveau de fusion cognitive (QFC) des participantes à chacun des temps de mesure	78
23	Niveau d'évitement de la Participante 1 à chacun des temps de mesure	79
24	Niveau d'évitement de la Participante 2 à chacun des temps de mesure	79
25	Niveau d'évitement de la Participante 3 à chacun des temps de mesure	80
26	Niveau d'évitement de la Participante 4 à chacun des temps de mesure	81
27	Le flux des participants au cours de l'étude	125

Remerciements

Le parcours doctoral dans lequel je me suis engagée il y a cinq ans a enrichi ma vie personnelle et professionnelle. Ce projet dont le point culminant est la rédaction de ce mémoire n'aurait pu être mené à bon port sans la présence de personnes qui ont cru en moi.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement et à exprimer toute ma gratitude à mon directeur de thèse, monsieur Frédérick Dionne, qui a su me guider avec bienveillance et rigueur tout au long de cette démarche. Ta grande disponibilité, le partage de tes connaissances, tes commentaires constructifs, tes conseils judicieux et ton soutien m'ont permis, étape après étape, d'approfondir l'ACT, de pousser plus loin ma réflexion et de finaliser ce grand projet. Je désire aussi remercier les membres du jury. Je vous suis reconnaissante pour le temps que vous avez consacré à l'évaluation de ce mémoire doctoral.

Je remercie également David Émond, statisticien, qui m'a accompagnée pas à pas dans la compréhension et l'application des analyses statistiques. Ton expertise, ta capacité de vulgariser des concepts complexes et ta patience m'ont amenée à me familiariser avec la statistique et à en retirer une belle satisfaction.

J'adresse aussi mes remerciements aux quatre personnes qui ont accepté de prendre part à cette recherche. Je vous remercie sincèrement de vous être impliquées dans ce projet

et d'avoir si généreusement partagé votre vécu avec moi. De vous voir poser des actions en direction de ce qui est important pour vous, malgré l'inconfort de l'anxiété, a été une réelle source d'inspiration.

Un énorme merci à Guy, mon mari, qui m'a encouragée tout au long de mon cheminement. Ton amour, ta compréhension devant les choix à faire pour m'approcher de mon but, ta grande flexibilité pour concilier notre vie avec la rédaction de mon mémoire et tes petites attentions pour alléger la tâche m'ont fait le plus grand bien.

À mes enfants, qui contribuent à donner du sens à ma vie, et à mes parents, qui m'ont transmis les valeurs de détermination et de persévérance qui sont essentielles dans l'accomplissement d'un tel projet, un merci spécial.

À vous toutes et tous, merci du fond du cœur. Vous avez contribué, chacune et chacun à votre façon, à la réalisation de cette importante étape de ma vie. Je vous exprime toute ma gratitude.

Introduction

L'anxiété est un état psychologique et physiologique courant dans notre société caractérisé par des composantes somatiques, émotionnelles, cognitives et comportementales (Seligman, Walker, & Rosenhan, 2000). Tôt ou tard, chaque personne ressentira l'une ou l'autre de ces manifestations sans que cela nuise pour autant à sa qualité de vie. Quand l'anxiété est excessive et persistante et/ou qu'elle interfère dans le fonctionnement de la vie de tous les jours, elle peut être considérée comme un trouble psychiatrique (American Psychiatric Association [APA], 2000). Les conséquences négatives qui en découlent sont alors nombreuses, tant sur le plan personnel que social.

Le TAG figure parmi les troubles anxieux. Il est considéré comme étant l'un des plus répandus (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004). Se caractérisant par de l'anxiété et des soucis excessifs qui se manifestent la plupart du temps, il engendre une souffrance significative chez la personne qui en souffre ou une détérioration considérable de son fonctionnement (APA, 2015).

L'efficacité de la TCC pour traiter les troubles anxieux a été démontrée dans des revues de méta-analyses (Gould, Safren, Washington, & Otto, 2004; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012) et dans une méta-analyse (Hofmann & Smith, 2008). Du point de vue de la TCC, les troubles mentaux et la détresse psychologique

sont essentiellement maintenus par des facteurs cognitifs (Hofmann et al., 2012). Les stratégies thérapeutiques pour modifier les croyances ou agir sur les schémas inadaptés sont utilisées pour diminuer la détresse psychologique et les problèmes de comportement. Un pourcentage significatif d'individus ayant des troubles anxieux ne répond toutefois pas au traitement TCC (Arch & Craske, 2008; Arch et al., 2012; Bluett, Homan, Morrison, Levin, & Twohig, 2014; Cuijpers et al., 2016). Il s'avère donc pertinent d'étudier d'autres options thérapeutiques afin de mieux aider les personnes qui souffrent du TAG (Bluett et al., 2014; Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault, 2008; Treanor, Erisman, Salters-Pedneault, Roemer, & Orsillo, 2011). L'ACT figure parmi les approches thérapeutiques prometteuses. Cette approche ne vise pas les changements cognitifs ou la réduction des symptômes, comme dans la TCC traditionnelle; elle met plutôt l'accent sur l'acceptation des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie (Arch & Craske, 2008). L'objectif de l'ACT est de changer le rapport qu'entretient la personne avec ses symptômes (Neveu & Dionne, 2010).

Selon la perspective de l'ACT, le TAG est entretenu par une fusion avec les expériences internes ainsi que par l'évitement expérientiel et les restrictions comportementales (Hayes, Orsillo, & Roemer, 2010). La fusion cognitive est la tendance à considérer le contenu de nos pensées comme si elles représentaient la réalité, de sorte que l'adhésion au contenu littéral de celles-ci l'emporte sur les autres formes d'autorégulation, soit la sélection de la situation, la modification de la situation, l'évitement ou la fuite et la réévaluation cognitive (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). L'évitement expérientiel, pour

sa part, est un phénomène qui apparaît quand une personne n'est pas disposée à rester en contact avec ses expériences internes, telles que ses sensations physiques, émotions, pensées et souvenirs, et qu'elle pose des actions pour modifier la forme ou la fréquence de ces expériences ainsi que les contextes qui les causent (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). L'évitement expérientiel n'est pas problématique en soi. Il le devient quand il est utilisé de manière excessive pour faire face aux phénomènes internes désagréables plutôt que de poser des actions dans le sens de ce qui est important pour la personne (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Neveu & Dionne, 2010).

La présente recherche contribue à l'avancement des connaissances sur l'ACT et le traitement du TAG. Elle est composée de cinq sections. Dans un premier temps, le contexte théorique sera présenté. Les sections subséquentes présenteront la méthode de recherche utilisée, les résultats, la discussion et la conclusion de cette étude.

Contexte théorique

Cette section présente un relevé de la documentation scientifique qui porte sur la prévalence et l'ampleur des troubles anxieux et du TAG. Elle aborde également les TCC, l'ACT et les traitements offerts aux personnes qui souffrent de troubles anxieux.

La prévalence et l'ampleur des troubles anxieux

Les troubles anxieux sont fréquents au sein de la population. Une revue internationale de la littérature sur l'anxiété effectuée entre 1980 et 2004 estime que les taux de prévalence regroupés pour la durée de vie pour le total des troubles anxieux étaient de 16,6 % (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). Au Canada, les troubles anxieux représentent les problèmes de santé mentale les plus courants (Santé Canada, 2013). Un Canadien sur 10 en souffre. Aux États-Unis, les troubles anxieux représentent la cause de détresse la plus répandue chez les personnes qui recherchent un traitement en santé mentale (Sharp, 2012).

Les troubles anxieux sont associés à un fardeau économique et social significatif incluant l'incapacité de travailler, la diminution de l'efficacité au travail, la baisse de revenus, les conséquences négatives sur le couple et sur la famille, les problèmes de santé physique, l'impact sur la vie sociale ainsi que la diminution de la qualité de vie (Tolin, Gilliam, & Dufresne, 2010). Les coûts directs associés aux suivis psychiatriques, aux hospitalisations ainsi qu'aux médicaments et les coûts indirects tels que l'absentéisme

excessif, la réduction de la capacité de travailler et le suicide sont à considérer (Tolin et al., 2010). La conjonction de ces facteurs, comme la forte prévalence, l'apparition précoce du trouble, la chronicité élevée et l'interférence avec le fonctionnement au travail, les relations et les rôles sociaux, fait sans doute des troubles anxieux l'un des types de maladies les plus coûteux (Kessler & Greenberg, 2002).

Le trouble d'anxiété généralisée

Le TAG est un trouble anxieux qui se caractérise par de l'anxiété et des soucis excessifs se manifestant la plupart du temps durant au moins six mois et étant associés à trois (ou plus) des symptômes suivants : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil (APA, 2015). Selon l'APA, ces manifestations engendrent une souffrance significative ou une détérioration du fonctionnement. De plus, la personne éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations. Les critères diagnostiques actuels du TAG sont présentés de façon plus détaillée à l'Appendice A.

L'inquiétude chronique est représentative du TAG (Wells & Carter, 1999). Il s'agit de pensées inquiétantes au sujet du futur (Fisher & Newman, 2016). Borkovec, Robinson, Pruzinsky et DePree (1983) précisent que l'inquiétude est caractérisée par des sentiments d'anxiété, de tension et d'appréhension, par une prise de conscience modérée des signaux physiologiques et par des préoccupations au sujet du futur. La fonction de l'inquiétude est d'éviter les images et les réactions physiologiques associées à l'anxiété et aux affects

négatifs (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). L'inquiétude ou l'anxiété excessive concerne des événements et des problèmes de la vie de tous les jours (Hunot, Churchill, Teixeira, & Silva de Lima, 2007). Pelletier, O'Donnell, McRae, & Grenier (2017) expliquent que les personnes qui en souffrent expérimentent de l'anxiété excessive et des inquiétudes variées sur un grand nombre de sujets (famille, finances, santé), d'événements (ce qui se passe dans le monde) ou d'activités de la vie quotidienne (réparations mineures, commissions, ponctualité).

La prévalence

Au Canada, en 2012, 8,7 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont reçu un diagnostic de TAG pour la durée de vie (Pelletier et al., 2017). Son incidence serait deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes et le trouble surviendrait habituellement avant l'âge de 25 ans (Fricchione, 2004). Selon Noyes (2001), le TAG est l'un des troubles ayant le plus de facteurs communs de comorbidité avec les autres troubles, soit avec les troubles dépressifs, particulièrement les troubles dépressifs majeurs, et avec les autres troubles anxieux, particulièrement le trouble panique.

Les conséquences du TAG

Le TAG entraîne des coûts considérables sur les plans humain et économique (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008). Selon ces auteurs, les personnes qui en sont atteintes rapportent une faible qualité de vie dans les domaines de la santé générale, de la santé physique, de la douleur physique, de la vitalité, de la santé mentale, de leur

fonctionnement dû à des difficultés physiques et émotionnelles et de leur fonctionnement social. Orsillo, Roemer, & Barlow (2001) affirment que le TAG est associé à une altération significative du fonctionnement. Gosselin & Laberge (2003) soulignent qu'il engendre des conséquences importantes sur la santé des personnes qui en souffrent. Le TAG est également associé à un fardeau économique considérable en raison de la diminution de la productivité au travail et de l'augmentation de l'utilisation des services de soins de santé, particulièrement les soins de santé primaires (Wittchen, 2002).

Les conséquences ci-haut énumérées ont un impact sur la qualité de vie des gens qui souffrent du TAG. Les traitements qui existent peuvent leur permettre d'apprendre à mieux vivre avec l'anxiété. Les TCC, dont l'efficacité dans le traitement des troubles anxieux a été démontrée par plusieurs études empiriques, font partie des traitements offerts aux personnes qui sont atteintes du TAG. La prochaine section présentera l'évolution des modèles théoriques et les résultats empiriques de la TCC.

Les thérapies cognitives comportementales

Hayes (2004, 2016) explique que les TCC peuvent être classées en trois vagues ou générations, soit trois grands mouvements qui rendent compte de l'évolution des thérapies comportementales et cognitives. Une vague est un ensemble d'énoncés, de méthodes et de buts qui organisent la recherche, la théorie et la pratique (Hayes, 2004). Nous expliquerons chacune des vagues et les appliquerons aux troubles anxieux et au TAG.

La première vague

La première vague des TCC est représentée par la thérapie comportementale. Pour les comportementalistes, les troubles psychologiques découleraient de comportements problématiques (Chaloult, 2008). Basée sur le conditionnement classique, le conditionnement opérant et les principes du béhaviorisme, la thérapie comportementale met directement l'accent sur les changements du comportement ou de l'émotion problématique (Hayes, 2016). Hayes ajoute que l'objectif premier de la thérapie de la première vague ainsi que pour la thérapie de la deuxième vague est la réduction des comportements, des pensées et des émotions problématiques.

En ce qui a trait aux troubles anxieux, Wolpe (1997), un des pionniers de la TCC, a mis au point la méthode de désensibilisation systématique, qui consiste à dresser une liste de situations liées à des peurs et à les classer selon l'importance accordée à la peur. Une hiérarchie est ainsi établie. Lors de la démarche thérapeutique, la personne est invitée à relaxer profondément, à imaginer ensuite l'élément qui provoque le moins de peur dans sa hiérarchie et à indiquer sur une échelle subjective le degré d'anxiété que cet élément évoque. Les stimuli anxiogènes sont ainsi confrontés de façon graduelle. Presque invariablement, le déconditionnement de l'anxiété se trouve transféré à une situation réelle correspondante. La désensibilisation peut aussi se faire *in vivo*, en utilisant une situation réelle plutôt qu'un stimulus imaginé. Gorini & Riva (2008) expliquent qu'en s'exposant à ce qui leur fait peur, les personnes ont l'opportunité d'apprendre que leurs peurs sont excessives, et que l'anxiété diminue de plus en plus par la pratique (habituation).

Fracalanza, Koerner, & Antony (2014) affirment que les personnes qui sont atteintes du TAG n'ont généralement pas expérimenté les scénarios qui leur font peur, et ne peuvent pas envisager de confronter ces scénarios *in vivo* en raison de leur nature catastrophique (perdre un être cher ou être congédié, par exemple). Ils précisent que l'exposition en imagination pour le TAG est complexe et souvent difficile à mener pour ces raisons. Gosselin (2011) explique que l'exposition en imagination pour le TAG consiste à identifier les principaux thèmes liés aux inquiétudes excessives, de concevoir un scénario catastrophique en détaillant l'inquiétude dominante, de s'y exposer en écrivant, lisant ou écoutant l'enregistrement audio du scénario tout en tentant, en imagination, de l'éprouver avec intensité. Lors d'une étude qu'ils ont réalisée, Fracalanza et al. (2014) ont démontré que l'exposition en imagination, de façon répétée, du pire scénario catastrophique engendre une diminution importante des inquiétudes, caractéristique fondamentale du TAG, mais que l'exposition mettant en scène des variations du pire scénario ou d'un thème neutre n'en entraîne pas.

Un nouveau type d'exposition est maintenant utilisé dans le traitement du TAG, soit l'exposition en réalité virtuelle ou l'exposition *in virtuo*. Gorini & Riva (2008) expliquent que la réalité virtuelle est rendue possible par la capacité des ordinateurs de synthétiser un environnement graphique en 3D à partir de données numériques. Côté & Bouchard (2006) en font la description suivante : « À l'aide d'écrans installés dans un casque prenant la forme d'une paire de lunettes (visiocasque), l'individu se trouve dans un environnement virtuel où il peut être exposé graduellement à sa peur. » (p.14). Gorini

& Riva (2008) suggèrent que la thérapie par l'exposition en réalité virtuelle présente l'avantage d'être hautement immersive et plus réaliste que l'exposition en imagination puisqu'elle a le potentiel de stimuler différentes modalités sensorielles par la vue, l'audition et parfois par des indices tactiles, des mouvements et de la vibration, ce qui aide les personnes à se sentir immergées dans l'expérience. Guitard, Laforest, & Bouchard (2014) affirment que la peur de l'incertitude qui tourmente les personnes qui souffrent du TAG ne se convertit toutefois pas bien dans la création de stimuli spécifiques en 3D. Ils soutiennent que la recherche sur la réalité virtuelle pour le TAG est encore à un stade très peu avancé. Une étude réalisée par Labbé Thibault (2017) afin de documenter l'efficacité d'un traitement de trois séances d'exposition en réalité virtuelle à un scénario anxiogène auprès de personnes ($n = 39$) qui souffrent du TAG démontre des améliorations significatives sur l'ensemble des mesures liées au TAG.

La deuxième vague

La seconde vague est centrée sur les pensées irrationnelles, les schémas cognitifs pathologiques ou le traitement erroné de l'information (Hayes, 2016). La TCC postule que les stratégies thérapeutiques pour changer les croyances ou les schémas irrationnels conduisent à la diminution de la détresse psychologique et des problèmes de comportement (Hofmann et al., 2012). Elle considère, en général, que les pensées et les émotions négatives doivent être remplacées par des pensées plus réalistes, objectives; des émotions plus adaptées ou positives s'ensuivent (Wilson & Murrell, 2004). L'influence

des pensées conscientes sur les émotions et sur les comportements est donc au cœur de la thérapie cognitive (Chaloult, 2008).

Selon Beck, Emery, & Greenberg (2005), le rôle de la thérapie cognitive dans les troubles anxieux est de vérifier si une situation particulière, identifiée comme étant dangereuse, l'est réellement. Les personnes qui souffrent de troubles anxieux ont des biais cognitifs en ce qui concerne la menace, ce qui les amène à être hypervigilantes relativement au danger et à interpréter les situations ambiguës comme menaçantes ou à exagérer les menaces mineures. En questionnant le degré de dangerosité, en évaluant les pensées automatiques liées au danger et en s'exposant au danger, elles s'habilitent à prendre du recul et à supprimer les peurs qui ont erronément été reliées à une situation ou un objet donné (Beck et al., 2005).

Quatre principaux modèles conceptuels du TAG peuvent être rattachés à la deuxième vague, soit les modèles du traitement de l'information, le modèle cognitif, le modèle de l'évitement cognitif et le modèle de l'intolérance à l'incertitude. Ces modèles visent des changements cognitifs.

Les modèles du traitement de l'information. Plusieurs modèles partagent la prémisse de base que les symptômes du TAG résultent de biais automatiques qui surviennent dans l'encodage, l'interprétation et/ou la récupération de l'information (MacLeod & Rutherford, 2004). Les personnes qui souffrent du TAG prêteraient attention

de manière sélective à l'information menaçante et ne seraient pas capables d'utiliser un traitement contrôlé de l'information de façon adaptée, c'est-à-dire de neutraliser ou de renverser leur préférence automatique pour l'information menaçante. Par exemple, une personne atteinte du TAG pourrait craindre chaque fois que son adolescent sort avec ses amis qu'il ait un accident d'auto. Ces biais sont plus évidents dans les tâches qui évaluent l'encodage sélectif et l'interprétation, mais ils ont aussi été observés dans les tâches de mémoire implicite. Une telle sélectivité trouve son origine dans les opérations cognitives automatiques, soit des pensées qui surviennent spontanément et qui s'appuient sur des hypothèses dramatiques qui influencent la façon dont la personne se voit, perçoit une situation ou le monde qui l'entoure. Ces biais cognitifs favorisent donc le traitement sélectif de l'information menaçante. MacLeod & Rutherford (2004) ajoutent que les biais dans l'interprétation d'information ambiguë occupent également une place centrale dans le développement et le maintien du TAG. Selon eux, les personnes qui en sont atteintes présentent une tendance élevée à interpréter l'ambiguïté de façon menaçante. Ils concluent que les biais attentionnels et interprétatifs qui sont associés au TAG peuvent jouer un rôle déterminant dans la symptomatologie anxieuse présentée par les personnes qui souffrent de ce trouble.

Le modèle cognitif. Le modèle cognitif de Wells (1995, 2004) stipule que le TAG découle de l'interaction entre l'utilisation de l'inquiétude comme stratégie d'adaptation, de l'évaluation négative de l'inquiétude et des tentatives de contrôle de l'inquiétude. Ces facteurs résultent de combinaisons de croyances métacognitives dysfonctionnelles. Les

croyances métacognitives sont des croyances relatives à nos propres processus cognitifs. Wells (2004) explique que l'inquiétude devient pathologique et qu'elle persiste étant donné que les personnes maintiennent des croyances métacognitives dysfonctionnelles au sujet de la signification et de l'importance de l'inquiétude. Selon lui, le développement de croyances négatives et l'évaluation négative de l'inquiétude, comme le fait d'évaluer les inquiétudes comme étant incontrôlables et dangereuses, sont à l'origine de l'augmentation de la détresse et de la transformation de l'inquiétude en expérience problématique. Les croyances métacognitives conduisent à des réponses comportementales et du contrôle des pensées qui ont des effets contre-productifs en renforçant les pensées intrusives et en empêchant la remise en question des croyances négatives au sujet de l'inquiétude. Dans le modèle cognitif, l'utilisation de l'inquiétude de façon répétitive et incontrôlable comme stratégie de traitement et d'adaptation ainsi que le développement subséquent de croyances métacognitives négatives et leur évaluation conduisent à l'inquiétude excessive, généralisée et accablante, caractéristique du TAG.

Les personnes qui sont atteintes du TAG ont aussi des croyances positives rigides, telles qu'il est utile de s'inquiéter, relativement aux avantages d'utiliser l'inquiétude comme stratégie d'adaptation en réponse à des menaces particulières liées à des déclencheurs, ce qui les amène à réutiliser cette stratégie (Wells, 1995; Wells & Carter, 1999).

Le modèle de l'évitement cognitif. Le modèle de l'évitement cognitif a été développé par Borkovec et al. (2004) qui expliquent que l'inquiétude est principalement une manifestation de la pensée visant à éviter la survenue d'une catastrophe future et constituant une stratégie d'évitement cognitif en réponse à des menaces perçues. Ce serait la perception de menace qui initie le processus d'anxiété et les personnes qui souffrent du TAG percevraient fréquemment cette menace. Puisqu'il y a rarement une réponse d'évitement comportemental manifeste qui est à leur disposition pour faire disparaître la menace, elles se tournent alors naturellement vers les tentatives cognitives pour résoudre le problème. Le problème, cependant, est fréquemment insoluble pour au moins trois raisons : 1) les signaux de menace perçus existent uniquement dans leur esprit; 2) ces signaux réfèrent à de possibles événements désagréables qui se produiront dans le futur, qui n'existent donc pas dans le moment présent; et 3) la grande majorité de ces événements désagréables qui créent de la peur ont une faible probabilité de se produire. Dans de telles circonstances, l'activation du système nerveux sympathique n'est pas adaptative. Borkovec et al. (2004) précisent que le processus d'inquiétude semble négativement renforcé par la suppression immédiate des réactions sympathiques liées aux idées suscitant de l'anxiété et, à plus long terme, par la non-survenance des événements redoutés. L'évitement est renforcé négativement, ce qui veut dire qu'il y a retrait du stimulus désagréable pour la personne. Ce faisant, l'inquiétude empêche l'exposition (confrontation à ce qui fait peur à la personne) à certains aspects des indices internes de la peur. L'inquiétude empêche le processus émotionnel et empêche ainsi l'extinction

(disparition de façon progressive d'un comportement lorsqu'il n'est plus renforcé), ce qui peut aussi renforcer la signification anxieuse qui entoure les sujets et leur contenu.

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude. Le modèle théorique de l'intolérance à l'incertitude a été développé par Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston (1998). Il comprend quatre composantes : l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives et négatives au sujet de l'inquiétude, l'attitude négative face aux problèmes et l'évitement cognitif. Ces chercheurs affirment que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle central dans le développement et le maintien des inquiétudes excessives, et qu'elle constitue la composante la plus importante qui distingue les patients qui ont un TAG des participants non cliniques.

Selon Dugas et al. (2005), l'intolérance à l'incertitude se définit comme une tendance excessive à trouver les situations incertaines stressantes et troublantes et à croire que les événements imprévus sont négatifs et doivent être évités. Gosselin & Laberge (2003) précisent que l'intolérance à l'incertitude révèle une tendance excessive à juger inacceptable la possibilité qu'un événement négatif de nature incertaine puisse survenir, et ce, même si cette possibilité est faible. Elle se manifeste par un biais cognitif qui affecte la façon dont la personne perçoit, interprète et réagit aux situations incertaines sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental (Dugas et al., 2005). Gosselin & Laberge (2003) expliquent que les personnes atteintes du TAG doutent de leurs capacités à résoudre les problèmes et elles deviennent frustrées lorsqu'elles en rencontrent. Ils soutiennent que

cette perception négative engendrerait des inquiétudes et les empêcherait de résoudre leurs problèmes de façon efficace.

La troisième vague

La troisième vague des TCC, quant à elle, est axée sur des stratégies expérientielles (p. ex., les métaphores, les exercices d'observation) en plus des stratégies verbales et didactiques (p. ex., la psychoéducation) (Hayes, Luoma, Bond, Masada, & Lillis, 2006). Les traitements de troisième vague mettent l'accent sur l'ouverture face aux pensées et aux émotions, sur les stratégies expérientielles et sur l'élaboration de répertoires flexibles et efficaces (Hayes, 2016).

En ce qui a trait à l'anxiété, les personnes anxieuses sont encouragées, d'une part, à s'exposer à leurs pensées, à leurs émotions et aux situations qu'elles redoutent, et d'autre part, à poser des actions en direction de ce qui est important pour elles. La réduction de l'anxiété n'est pas le but poursuivi, l'objectif étant plutôt l'amélioration de la qualité de vie (Hayes, 2004). Deux modèles conceptuels du TAG font partie de la troisième vague des TCC, soit le modèle de l'évitement expérientiel et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle. Ces modèles ont en commun l'évitement des expériences internes.

Le modèle de l'évitement expérientiel. Roemer & Orsillo (2002) affirment que l'évitement expérientiel est un facteur important à considérer dans la conceptualisation du

TAG. Tandis que l'évitement cognitif repose essentiellement sur l'évitement de pensées et de croyances, l'évitement expérientiel comprend l'évitement d'un ensemble d'expériences internes telles que les sensations et les émotions. Ces chercheuses expliquent que les inquiétudes semblent maintenues parce qu'elles réduisent l'activation somatique à court terme. Elles ajoutent que cela fait cependant en sorte que les significations menaçantes sont maintenues, et que l'inquiétude devient elle-même une expérience interne indésirable qui engendre des tentatives d'évitement.

Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo (2005) affirment que l'inquiétude et le TAG peuvent être associés à une tendance à essayer d'éviter ou de contrôler les expériences internes et à une tendance à avoir peur de perdre le contrôle sur les réponses émotionnelles, particulièrement l'anxiété. Les personnes qui souffrent du TAG apprennent qu'elles peuvent faire peu de choses pour prévoir et contrôler les événements de la vie, en viennent à s'inquiéter par rapport à ceux-ci et à les éviter autant que possible (Eifert & Forsyth, 2005). Ces personnes sont en quelque sorte piégées dans un cycle d'évitement expérientiel, perpétuant les expériences internes négatives par leurs tentatives de mettre fin à ces expériences (Orsillo, Roemer, Block-Lerner, Lejeune, & Herbert, 2004; Roemer & Orsillo, 2002).

Le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle. Selon Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco (2002), le TAG est conceptualisé comme un ensemble de symptômes qui comportent à la fois des déficits de régulation des émotions et des

tentatives pour contrôler ou éviter une expérience affective par la tendance à s'inquiéter. Ils expliquent que les personnes atteintes du TAG ont beaucoup de difficulté à comprendre leur expérience émotionnelle et possèdent peu d'aptitudes pour moduler leurs émotions. Cela fait en sorte qu'elles les expérimentent comme étant subjectivement désagréables et qu'elles utilisent l'inquiétude pour réguler leur expérience émotionnelle. En diminuant le focus attentionnel à l'expérience émotionnelle, l'émotion intense est évitée. Ces auteurs rapportent que les personnes qui souffrent du TAG peuvent aussi développer une approche de relations interpersonnelles visant à obtenir de la sécurité des autres ou à éviter des conséquences interpersonnelles négatives, spécifiquement pour réguler leur propre expérience émotionnelle.

En somme, l'amélioration de la qualité de vie est au cœur des thérapies de la troisième vague. Le but poursuivi est d'augmenter l'engagement dans des activités significatives pour la personne et d'agir en direction de ce qui est important pour elle, en présence ou non de l'anxiété. L'évitement expérientiel, qui est en relation avec l'anxiété, nuit à long terme à la qualité de vie puisqu'il empêche la personne de poser des actions cohérentes avec ses valeurs. La diminution de la fréquence ou de la sévérité des expériences internes aversives n'est pas recherchée. Pour leur part, les thérapies de la première et de la deuxième vague ont pour objectifs la diminution des symptômes, des émotions ou des comportements jugés problématiques et le changement des croyances. La réduction de l'anxiété est le but visé. Le paradigme est donc différent. Le choix du modèle théorique orientera le traitement offert aux personnes qui souffrent du TAG.

Les résultats empiriques de la TCC

Les TCC de deuxième vague ont été étudiées dans des dizaines d'essais aléatoires et elles ont démontré des effets bénéfiques dans le traitement des troubles anxieux (Cuijpers et al., 2016). Des études se sont intéressées à l'efficacité des TCC dans le traitement du TAG. Une méta-analyse de 41 études ($N = 2\,132$ participants) menée par Cuijpers et al. (2014) a examiné les effets des traitements psychologiques pour le TAG. Les résultats démontrent des effets cliniquement significatifs de la psychothérapie dans le traitement du TAG chez les adultes et indiquent que les psychothérapies, particulièrement les TCC, sont efficaces dans le traitement de ce trouble.

Pour leur part, Hofmann et al. (2012) ont identifié 269 méta-analyses à partir desquelles ils ont étudié un échantillon représentatif de 106 méta-analyses examinant la TCC pour une variété de problèmes, incluant les troubles anxieux. Une grande efficacité de la TCC pour les troubles anxieux ressort, malgré quelques hétérogénéités importantes en ce qui a trait aux pathologies spécifiques d'anxiété, aux conditions de comparaison, aux données de suivi et au niveau de sévérité. Dans le traitement du TAG, ils affirment que la TCC est supérieure lorsqu'elle est comparée au groupe témoin ou à qui l'on a administré une pilule placebo, et qu'elle est aussi efficace que la relaxation, la thérapie de soutien ou la psychopharmacologie. La TCC est toutefois moins efficace lorsqu'elle est comparée au traitement d'écoute active et chez les clients dont les symptômes du TAG sont plus sévères.

Antérieurement, Hunot et al. (2007) ont fait une revue systématique de 25 études ($N = 1\,305$) utilisant la TCC et la comparant à un traitement habituel ou à une liste d'attente (groupe témoin), ou à une autre approche de psychothérapie (thérapie psychodynamique et thérapie de soutien). L'objectif de l'étude était de déterminer si les psychothérapies étaient efficaces dans le traitement du TAG et si la TCC était plus efficace que les autres formes de psychothérapie. Cette étude conclut que la TCC est efficace dans le traitement à court terme du TAG, mais aucune étude comparant cette forme de psychothérapie à un traitement habituel ou à une liste d'attente ne s'est penchée sur son efficacité à long terme. Cette revue n'a pas permis d'identifier la forme de psychothérapie la plus efficace, car l'ensemble des études consultées permettant de comparer la TCC à d'autres approches était limité et hétérogène.

Un pourcentage significatif de personnes souffrant de troubles anxieux ne répond pas au traitement TCC (Arch & Craske, 2008; Arch et al., 2012; Bluett et al., 2014; Cuijpers et al., 2016). Il s'avère donc pertinent d'étudier d'autres options thérapeutiques (Bluett et al., 2014; Roemer et al., 2008; Treanor et al., 2011). L'ACT pourrait être cette alternative et devenir un traitement de première intention.

La thérapie d'acceptation et d'engagement

L'ACT appartient à la troisième vague des TCC (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011) et figure parmi les traitements supportés empiriquement (Monestès & Villatte, 2011). Il s'agit d'une approche transdiagnostique (Hayes & al., 2012), ce qui

signifie que l'intervention agit sur des processus psychologiques communs aux troubles psychologiques (tel l'évitement expérientiel), qui peuvent contribuer à leur maintien (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

L'ACT et la théorie des cadres relationnels

Les processus de l'ACT (p. ex., acceptation, défusion, valeurs) découlent des principes de la Théorie des Cadres Relationnels (TCR), une théorie qui s'intéresse au langage et à la cognition chez l'humain (Hayes et al., 2006; Hayes & Sackett, 2005). Selon cette perspective, les fonctions littérales du langage et des cognitions ne sont pas automatiques ou mécaniques : elles sont contextuelles (Hayes, 2016). La TCR tente de comprendre comment les indices spécifiques verbaux (par exemple, nommer, comparer, différencier) formulés par les personnes dans un environnement social ont un impact sur les expériences individuelles (ce qu'elles pensent, ressentent, veulent) et leurs comportements (Vilardaga, Bricker, & McDonell, 2014).

Hayes (2016) souligne que la TCR est une théorie comportementale de la cognition. Il ajoute que le langage humain et les cognitions sont tous les deux dépendants du cadrage relationnel. Le cadrage relationnel est un processus de mise en relation par l'activité mentale, qui est à la base de nos capacités langagières et qui influence considérablement nos comportements (Schoendorff, Grand, & Bolduc, 2011). Il s'agit d'une compétence que l'enfant développe très tôt par un entraînement qui lui permet d'apprendre divers types de réponses relationnelles, par exemple : « Ceci est une carotte »

en pointant du doigt le légume en question. Hayes explique que les êtres humains semblent particulièrement capables d'abstraire les caractéristiques de réponses relationnelles et de les maîtriser de sorte que les apprentissages relationnels soient transférés aux événements qui ne sont pas nécessairement reliés formellement, mais plutôt reliés sur la base d'indices arbitraires. Par exemple, le fait d'avoir appris que « x » est plus petit que « X » permet d'être ensuite capable d'appliquer cette relation de stimulus à des événements sous le contrôle d'indices arbitraires, tels que les mots « plus petit que ». Un très jeune enfant saura et dira qu'une pièce de cinq cents est plus grosse qu'un dix sous, mais un enfant un peu plus vieux apprendra que le cinq sous est « plus petit » qu'un dix sous par attribution. Il s'agit d'un apprentissage relationnel. Transposons ce concept à l'anxiété : un parent dit à son enfant, qui a peur des abeilles, qu'une araignée est tout aussi dangereuse qu'une abeille. Par association, l'enfant pourrait en venir à craindre les araignées, car elles sont dans un cadre d'équivalence avec les abeilles, et ce, même s'il n'a jamais été en contact avec ce type d'arthropode. L'araignée passe ainsi d'un stimulus neutre à un stimulus aversif, en raison de son association par équivalence avec l'abeille, qui représentait pour l'enfant un stimulus aversif. Ce type d'apprentissage relationnel faisant intervenir le langage va au-delà des principes du conditionnement classique et opérant.

La TCR suggère que les processus pour tenter d'échapper ou pour éviter les phénomènes internes, soit l'évitement expérientiel, sont intégrés dans le langage humain et les cognitions (Hayes, 2016). Cette théorie, la TCR, conçoit que les processus langagiers normaux (comme raisonner, résoudre des problèmes, anticiper) nous amènent

à éviter les expériences internes douloureuses, comme les sensations physiques associées à l'anxiété, en leur conférant un caractère désagréable (Monestès & Villatte, 2011). Incapable de contrôler la douleur par des moyens relatifs à la situation, la personne commence à essayer d'éviter les pensées et les émotions douloureuses (Hayes, 2016). Ce dernier explique que plusieurs de ces moyens, par exemple la suppression, viendront finalement eux-mêmes donner le signal à l'événement évité parce qu'ils renforcent le cadre relationnel sous-jacent (ne pas penser à « x » servira d'indice relationnel pour « x » et la présence psychologique de l'événement qui y est relié).

Selon la perspective ACT/TCR, ce sont les effets du répertoire restreint de la fusion cognitive (tendance à tenir ses pensées pour vraies) et de l'évitement qui sont les plus nuisibles parce qu'ils empêchent l'éventualité de nouveaux comportements et minent les formes saines d'extinction (Hayes, 2016). Les techniques de défusion cognitive permettent une prise de distance de la signification littérale et du contenu du langage ainsi qu'une augmentation de la flexibilité psychologique (Arch & Craske, 2008). Ainsi, en reprenant l'exemple dont il fut question précédemment, la pensée d'une araignée n'est pas équivalente à l'araignée elle-même, mais une personne peut ressentir une peur équivalente à la simple évocation de l'araignée.

Selon l'approche ACT/TCR, la psychopathologie est causée en grande partie par la tendance à nous enchevêtrer dans nos pensées, en ne cherchant pas à les remettre en question et en demeurant en mode résolution de problèmes, et ce, même quand il ne s'agit

pas de la réponse appropriée (Hayes, Levin, Plumb Vilardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). Les objectifs cliniques généraux de cette approche sont d'affaiblir le pouvoir du contenu verbal littéral des cognitions à l'origine des comportements d'évitement et de construire un contexte alternatif où le comportement est conforme aux valeurs de la personne (Hayes, 2016).

Les processus psychologiques et les objectifs de l'ACT

L'ACT favorise l'adoption d'une attitude ouverte, flexible et sans jugement à l'égard des pensées, des émotions et des sensations physiques et leur acceptation telles qu'elles sont, sans chercher à les modifier, à les contrôler ou à les diminuer d'une quelconque façon (Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes, & Craske, 2012). Cette approche thérapeutique ne vise pas les changements cognitifs (p. ex., la modification des schémas) ou la réduction des symptômes, comme dans la TCC traditionnelle (Arch & Craske, 2008). L'objectif de l'intervention est de changer le rapport de l'individu aux phénomènes psychologiques (pensées, émotions, sensations) qui le perturbent (Neveu & Dionne, 2010), en acceptant de ressentir l'anxiété et en prévenant l'évitement.

Deux principaux objectifs sont poursuivis par l'ACT, soit l'acceptation et l'engagement (Eifert et al., 2009; Sharp, 2012). L'acceptation réfère au fait d'accepter les pensées et les émotions indésirables, tandis que l'engagement est en lien avec les actions posées en direction de buts reliés aux valeurs personnelles. L'engagement est également lié au fait de persévérer dans l'action, ou de changer son cours d'action, en dépit des

obstacles intérieurs et extérieurs rencontrés (Harris, 2009). Les actions, lorsqu'elles sont associées aux valeurs, sont le moteur du changement (Hayes et al., 2012).

L'exposition aux phénomènes internes et aux situations qui causent de l'inconfort est utilisée pour aider les personnes à s'engager dans des actions en lien avec ce qui est le plus important pour elles, par exemple faire une activité conjugale ou familiale, et ce, même si l'anxiété est présente (Monestès & Villatte, 2011). Les exercices d'exposition ont pour but d'augmenter la flexibilité psychologique (Neveu & Dionne, 2010). La flexibilité psychologique est la pierre angulaire de l'ACT (Hayes et al., 2006; Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013). Elle se définit par l'habileté à poser des actions dans le sens de ce qui compte pour soi (valeurs), et ce, même en présence de pensées dérangeantes, d'émotions douloureuses, de sensations inconfortables ou de souvenirs traumatiques (Schoendorff et al., 2011). Elle est représentée par six habiletés ou processus, soit l'acceptation, la défusion cognitive, le moment présent et la flexibilité attentionnelle, le soi contexte et la prise de perspective, les valeurs et l'action engagée (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2013); ce modèle se nomme l'hexaflex. Ces principes fondamentaux sont décrits à l'Appendice B.

Des recherches ont été réalisées pour évaluer les processus qui sont associés à la flexibilité psychologique. Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes (2012) ont effectué une méta-analyse regroupant 66 études ($N = 5\,169$) réalisées en laboratoire portant sur ces processus, soit l'acceptation, la défusion cognitive, le soi observateur, l'action engagée,

les valeurs et le moment présent. Les participants, qui étaient répartis de façon aléatoire, étaient soumis à des tâches expérimentales. Des tailles d'effet significatives et positives, variant de faibles à modérées, ont été observées pour l'acceptation (0,32), la défusion (0,74), les valeurs (0,61), le moment présent (0,22), des composantes variées de pleine conscience (0,27) et une combinaison de pleine conscience et de valeurs (0,78), comparativement aux conditions inactives (p. ex., liste d'attente). Les résultats de cette méta-analyse suggèrent que ces composantes de la flexibilité psychologique jouent un rôle actif sur le plan psychologique. Ils soutiennent également l'utilité et la cohérence sur le plan théorique de ces composantes.

Villatte et al. (2016) ont étudié, pour leur part, la spécificité des effets du traitement de deux composantes du modèle de flexibilité psychologique de l'ACT dans une recherche, qui a été menée auprès de 15 adultes cherchant un traitement pour la dépression et les troubles anxieux (Villatte et al., 2016). Un module ciblait les processus d'acceptation et de défusion cognitive et l'autre ciblait les actions engagées, soit les actions reliées aux valeurs, et la persistance des comportements. Les deux modules ont conduit à des améliorations significatives des symptômes psychiatriques, de la qualité de vie et des processus thérapeutiques ciblés. Le module qui portait sur les processus d'acceptation et de défusion a entraîné une plus grande amélioration de la sévérité des symptômes, de l'acceptation et de la défusion. Ce module a aidé les participants à manifester de l'ouverture à l'égard de leurs pensées et de leurs émotions sans essayer de changer leur expérience. Le module portant sur les actions engagées a favorisé une plus grande

amélioration de la qualité de vie et de l'activation basée sur les valeurs. Une amélioration de 73 % des comportements basés sur les valeurs a été observée. Cette étude démontre la pertinence et l'efficacité de l'ACT pour traiter l'anxiété et la dépression.

Le rôle de la fusion et de l'évitement expérientiel dans l'anxiété

Orsillo et al. (2004) affirment que la fusion cognitive et l'évitement expérientiel jouent un rôle significatif dans le développement et le maintien des troubles anxieux. L'évitement des images, des souvenirs, des pensées, des émotions ou des sensations physiques inconfortables ou désagréables contribue au développement de la psychopathologie et à son maintien (Hayes et al., 2012; Orsillo et al., 2004). De façon générale, les personnes qui sont aux prises avec l'anxiété ont tendance à consacrer beaucoup de temps, d'énergie et d'effort à supprimer leurs inquiétudes et leurs peurs, ou à les contrôler, et elles en arrivent ainsi à agir de moins en moins dans le sens de ce qui est important pour elles (Dionne, Ngô, & Blais, 2013).

Dans la perspective de l'ACT, le TAG est entretenu par une fusion avec les expériences internes ainsi que par l'évitement expérientiel et les restrictions comportementales (Hayes et al., 2010). Les personnes qui en sont atteintes peuvent stratégiquement et/ou automatiquement éviter les expériences internes désagréables en s'inquiétant à propos de nombreux événements futurs (Orsillo et al., 2004). Orsillo et al. (2004) ajoutent que ces personnes se retrouvent piégées dans un cycle d'évitement

expérientiel, perpétuant les expériences internes négatives par leurs tentatives de mettre fin à ces expériences.

Eustis, Hayes-Skelton, Roemer, & Orsillo (2016) ont étudié la diminution de l'évitement expérientiel comme un potentiel mécanisme de changement chez des personnes ayant un diagnostic principal de TAG. Soixante-quatre personnes ont reçu l'un ou l'autre des traitements ciblés, soit l'*Acceptance-Based Behavioral Therapy* (ABBT) ou la relaxation appliquée (*Applied relaxation* ou AR), et ont complété au moins 8 des 16 sessions du traitement. Les résultats de cette recherche indiquent qu'une diminution significative de l'évitement expérientiel est associée à un changement significatif de l'inquiétude et de la qualité de vie dans les deux traitements. Ces résultats montrent que l'évitement expérientiel est un mécanisme de changement spécifique, qui se retrouve dans les deux approches.

Michelson, Lee, Orsillo, & Roemer (2011) soutiennent que l'évitement expérientiel peut conduire à une restriction du répertoire comportemental. Dans une étude qu'ils ont menée, ils ont comparé deux groupes: l'un était composé de personnes ayant un diagnostic de TAG qui étaient à la recherche d'un traitement ($n = 30$) et l'autre réunissait des participants qui ne rapportaient pas d'anxiété ($n = 30$). Les résultats de cette étude indiquent une différence significative entre les personnes qui souffraient du TAG et les personnes non anxieuses, à l'effet que celles qui étaient atteintes du TAG vivaient moins leur vie conformément à leurs valeurs. Selon ce qui ressort de cette étude, une diminution

de la qualité de vie peut partiellement être expliquée par le fait que les personnes qui ont un TAG perçoivent leurs expériences internes comme étant pénibles, ce qui conduit à de l'évitement expérientiel et à une diminution des activités qui sont importantes à leurs yeux.

Dans une revue de méta-analyses ($N = 63$), Bluett et al. (2014) ont examiné la relation entre la flexibilité psychologique, qui a été mesurée en utilisant l'*Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ et AAQ-II) et les symptômes anxieux. Les résultats montrent une relation positive et significative entre l'AAQ et les mesures générales de l'anxiété ainsi que pour les mesures des troubles spécifiques. En ce qui concerne le TAG, ils ont établi une corrélation significative : $r(0,61)$ entre la flexibilité psychologique et les mesures de ce trouble.

Une étude menée par Eifert et al. (2009) appuie ces affirmations. Ces chercheurs ont effectué un traitement d'une durée de 12 semaines auprès de trois personnes qui souffraient d'un trouble d'anxiété en appliquant un protocole ACT. Le devis de recherche qu'ils ont utilisé était des études de cas. Différents tests associés aux processus de l'ACT ont été administrés aux participants au prétest et au post-test. Les résultats montrent des changements positifs entre le prétraitement et le post-traitement en ce qui concerne les mesures correspondant aux processus de l'ACT, comme la réduction de l'évitement expérientiel, la défusion avec les pensées et les croyances rattachées à l'anxiété ainsi que l'augmentation des aptitudes liées à l'acceptation et à la pleine conscience. L'amélioration de la qualité de vie a également été notée. Même si la réduction de l'anxiété n'était pas,

en soi, l'objectif poursuivi, une diminution significative dans les mesures d'anxiété et de détresse a été observée.

En résumé, plusieurs études soutiennent que la fusion cognitive et l'évitement expérientiel jouent un rôle important dans le développement et le maintien des troubles anxieux. Les processus psychologiques liés à l'ACT ont une efficacité clinique pour traiter l'anxiété.

L'efficacité des traitements

Cette section rend compte de l'efficacité de la TCC, de l'ACT et de l'ABBT, une autre approche basée sur l'acceptation, en lien avec le traitement des troubles anxieux.

L'ACT et la TCC

Depuis quelques années, quelques chercheurs se sont penchés sur l'efficacité de l'ACT dans le traitement des troubles psychologiques, parmi lesquels figurent les troubles anxieux. Ainsi, dans une méta-analyse comprenant 39 essais contrôlés aléatoires sur l'efficacité de l'ACT ($N = 1\,821$), A-Tjak et al. (2015) concluent que l'ACT s'avère aussi efficace que les interventions psychologiques bien établies dans le traitement des troubles anxieux, de la dépression, de la dépendance et des problèmes de santé physique. Dans les résultats principaux, l'ACT a surpassé les conditions de contrôle (g de Hedges = 0,57) au post-traitement et au suivi dans les analyses complètes et dans les analyses en intention de traitement. Elle est plus efficace que la liste d'attente (g de Hedges = 0,82), que le placebo

(g de Hedges = 0,51) et que le traitement habituel administré dans une institution particulière (g de Hedges = 0,64). Aucune différence significative entre l'ACT et les traitements établis (c'est-à-dire la TCC) n'a été notée ($p = 0,14$). Pour leur part, Avdagic, Morrissey, & Boschen (2014) ont comparé l'intervention de groupe ACT à l'intervention de groupe TCC et ils concluent que le groupe ACT a été aussi efficace que le groupe TCC. Dans les deux groupes, des améliorations significatives liées à l'anxiété, à la dépression, aux symptômes de stress et à la qualité de vie se sont maintenues lors du suivi.

Pour ce qui est des troubles anxieux, une revue systématique des études sur l'ACT pour le traitement de ces troubles montre que cette approche peut être une alternative aux traitements établis, tels que la TCC (Landy, Schneider, & Arch, 2015). Le traitement ACT pourrait être considéré comme une seconde option dans le traitement des troubles anxieux quand le traitement TCC est inefficace ou quand il est refusé, affirment Bluett et al. (2014), qui ajoutent qu'il peut y avoir des situations où l'ACT est préférable à la TCC.

Selon Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield, & Craske (2012), même si l'ACT et la TCC sont toutes deux efficaces dans le traitement des troubles anxieux, l'ACT serait un meilleur choix que la TCC auprès des patients anxieux qui présentent des troubles de l'humeur comorbide. Arch et al. (2012) concluent que les deux traitements sont efficaces après avoir comparé l'ACT et la TCC dans le traitement de différents troubles anxieux. Les différences suivantes ressortent toutefois de l'étude: la TCC a conduit à une qualité de vie supérieure, tandis que l'ACT a procuré une plus grande flexibilité psychologique.

L'AAQ (16 items) a été utilisé pour évaluer l'inflexibilité psychologique. Parmi les personnes qui ont complété le traitement, une diminution de la sévérité de leur principal trouble anxieux a été observée après le suivi. Dans l'ensemble, les résultats de cette étude suggèrent que l'ACT est un traitement alternatif à la TCC qui est très viable pour le traitement des troubles anxieux.

Malgré le fait que le nombre d'études demeure limité à ce jour, l'ACT s'avère un traitement prometteur pour les personnes souffrant de troubles anxieux (Sharp, 2012).

L'ACT et le TAG

Wetherell et al. (2011) ont mené une étude pilote auprès de 16 adultes âgés de 60 ans et plus ayant un diagnostic principal de TAG. Sept patients ont pris part à 12 séances individuelles ACT et neuf patients ont été traités individuellement à l'aide d'une TCC. Les sept participants qui ont complété la thérapie ACT ont noté une diminution significative de leurs inquiétudes et de la sévérité de leurs symptômes dépressifs. Cinq des neuf participants qui ont débuté le traitement TCC l'ont complété et ils ont noté une amélioration significative de leur anxiété et de leurs symptômes dépressifs. Étant donné la taille des échantillons, les différences entre les groupes n'ont pas été examinées. Selon Sharp (2012), l'étude de Wetherell et ses collègues est la seule à avoir été publiée au cours de laquelle des chercheurs ont appliqué un protocole ACT pour traiter des patients ayant un TAG.

Le TAG a aussi fait l'objet de plusieurs études utilisant une approche basée sur l'ACT, la thérapie comportementale dialectique (TCD) (Linehan, 1993) et la pleine conscience, soit l'ABBT (Hayes et al., 2010; Hayes-Skelton, Roemer, & Orsillo, 2013; Orsillo et al., 2001; Roemer & Orsillo, 2007; Roemer et al., 2008; Treanor et al., 2011). Ainsi, dans une étude de cas, Orsillo et al. (2001) ont intégré des éléments des traitements cognitifs-comportementaux existants pour le TAG à des éléments de traitements basés sur l'acceptation, comme l'ACT, et à la TCD à leur traitement du TAG. Ils ont ainsi traité quatre personnes souffrant du TAG. Au terme des 10 séances de traitement, qui se sont tenues en groupe, les quatre participants ont continué de rapporter des niveaux modérés de détresse et d'interférence liés au TAG, mais ils ont effectué des changements significatifs dans leur vie pendant la thérapie. En général, les résultats de toutes les mesures autorapportées par les clients ont statistiquement changé en direction d'une diminution des symptômes et d'une augmentation de l'acceptation, même si l'ampleur de ces changements était faible. Dans le sondage effectué après le traitement, qui consistait à mesurer les 17 composantes de celui-ci, les quatre clients ont souligné que les éléments uniques du traitement, soit la pleine conscience, l'acceptation et les valeurs, avaient été les plus efficaces, ce qui appuie l'efficacité potentielle de ce nouveau traitement.

Roemer & Orsillo (2007) ont adapté ce protocole en séances individuelles et ont mené une étude clinique auprès de 16 clients pour vérifier l'efficacité de cette thérapie dans le traitement du TAG. Les participants ont rapporté une amélioration significative

relativement à l'anxiété généralisée, à l'inquiétude, à l'anxiété et aux symptômes dépressifs. Ils ont également rapporté une amélioration significative de leur qualité de vie.

Dans un essai contrôlé aléatoire, Hayes-Skelton & al. (2013) ont comparé les approches ABBT et AR. Quatre-vingt-une personnes ayant un diagnostic principal de TAG y ont pris part. Ces deux approches ont conduit à des changements statistiquement et cliniquement significatifs durant le traitement et lors du suivi, qui a été effectué six mois plus tard. Les clients ont rapporté une amélioration significative relativement à l'inquiétude excessive, à la tension et aux symptômes du TAG ainsi qu'aux symptômes d'anxiété, au fil du temps. Les résultats indiquent aussi une diminution significative des symptômes dépressifs et des troubles comorbides et une amélioration de la qualité de vie, après l'intervention. Treanor et al. (2011) ont examiné les effets de l'ABBT sur le TAG en ciblant des interventions de plusieurs modèles théoriques. Trente-et-une personnes ont pris part à cet essai et ont été réparties de façon aléatoire au traitement ou à la liste d'attente. Les personnes qui ont été traitées avec l'ABBT ont rapporté significativement moins de difficultés à réguler leurs émotions et de peur de leurs réactions émotionnelles, davantage de tolérance à l'incertitude et de perception de contrôle de l'anxiété. Une augmentation de la qualité de vie a été notée par Hayes et al. (2010), qui ont étudié l'acceptation des expériences internes et l'engagement dans des activités significatives auprès de 43 personnes qui avaient reçu un diagnostic principal de TAG ou un diagnostic de dépression majeure en plus du TAG. À la fin du traitement ABBT qui leur a été proposé, les clients ont rapporté qu'ils acceptaient davantage leurs expériences internes et

qu'ils posaient davantage d'actions cohérentes avec leurs valeurs. De leur côté, Roemer et al. (2008) ont réalisé un essai contrôlé aléatoire, ont évalué l'ABBT auprès de 31 personnes présentant un TAG et ont noté une diminution statistiquement significative des symptômes autorapportés par les 25 clients qui ont complété l'étude et dans l'évaluation faite par le clinicien.

En somme, une meilleure acceptation des expériences internes des personnes qui ont pris part à ces recherches et une amélioration significative de leur qualité de vie ressortent de l'ensemble de ces études. De façon générale, une diminution des symptômes (anxiété, inquiétudes, tolérance à l'incertitude, dépression) est également constatée.

Apport de la présente étude

Puisqu'un pourcentage significatif de personnes souffrant de troubles anxieux ne répondent pas au traitement TCC (Arch & Craske, 2008; Arch & al., 2012; Bluett et al., 2014; Cuijpers et al., 2016) et continuent d'éprouver des difficultés significatives à la fin du traitement, il est nécessaire de considérer d'autres options thérapeutiques (Bluett et al., 2014; Roemer et al., 2008; Treanor et al., 2011).

L'ACT serait une approche thérapeutique prometteuse dans le traitement de ces troubles (Arch et al., 2012; A-Tjak et al., 2015; Bluett et al., 2014; Ruiz, 2012; Sharp, 2012; Wolitzky-Taylor et al., 2012). Les données sur l'efficacité de l'ACT dans le traitement des troubles anxieux sont toutefois préliminaires (Bluett et al., 2014; Codd,

Twohig, Crosby, & Enno, 2011; Sharp, 2012; Swain et al., 2013). Selon la recension des écrits, seulement une étude, celle de Wetherell et al. (2011), a été réalisée spécifiquement sur les effets de l'ACT sur le TAG. Elle a été menée auprès d'adultes âgés de 60 ans et plus. Cette étude est la seule à avoir été publiée au cours de laquelle des chercheurs ont appliqué un protocole ACT pour traiter des patients ayant un TAG (Sharp, 2012).

De plus, il y a eu peu d'études utilisant un protocole d'intervention standardisé basé sur l'ACT pour le traitement des troubles anxieux (Codd et al., 2011), notamment dans un format individuel et auprès de l'adulte. Il existe bien quelques protocoles portant sur les troubles anxieux, qui reposent en grande partie sur l'ACT, mais ils incluent d'autres composantes, soulignent Bluett et al. (2014), et il n'en existe pas dans la francophonie. Swain & al. (2013) affirment qu'il y a un manque dans la littérature tant en ce qui a trait à l'efficacité de l'ACT dans le traitement des troubles anxieux que dans le traitement des symptômes d'anxiété. À notre connaissance, aucune étude portant sur le traitement individuel du TAG en utilisant un protocole standardisé de l'ACT n'a été réalisée auprès des adultes de 60 ans et moins.

La présente étude cherche à combler les lacunes des recherches existantes, soit un manque dans la littérature sur l'efficacité de l'ACT dans le traitement des troubles anxieux, le fait que peu d'études utilisent un protocole standardisé basé sur l'ACT pour le traitement des troubles anxieux et l'absence d'études portant sur un traitement ACT auprès des personnes de 60 ans et moins qui sont atteintes du TAG. Elle utilise un protocole à cas

unique, une méthode d'évaluation rigoureuse et actuelle qui permet d'examiner les processus et d'évaluer les résultats des interventions psychologiques et comportementales, sans avoir recours à un groupe de contrôle (Smith, 2012). Grâce au nombre accru d'observations, l'analyse visuelle utilisée dans cette méthode d'évaluation peut être améliorée par des graphiques précis de changements de phases (Vilardaga et al., 2014). Plusieurs temps de mesures et des enregistrements quotidiens ont ainsi été effectués pour suivre l'évolution des participantes tout au long de leur démarche.

Objectif et hypothèses de recherche

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer les effets d'une psychothérapie individuelle basée sur l'ACT auprès de personnes qui souffrent du TAG. Selon les hypothèses de l'étude, il est attendu que la psychothérapie ACT : 1) permette aux participants d'améliorer significativement leur qualité de vie; 2) permette aux participants de réduire leur anxiété; 3) permette aux participants de diminuer leur niveau d'inquiétudes; 4) permette aux participants de diminuer leur niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion).

La prochaine section expliquera la méthode qui a été utilisée au cours de la présente étude.

Méthode

Cette partie présente des informations en ce qui a trait aux participants, aux instruments de mesure, au déroulement de la recherche et aux analyses statistiques.

Participants

Les participants ont été recrutés en mars 2016 pour prendre part à une étude sur l'anxiété généralisée via l'Hebdo Régional de Beauce, le journal régional de la Beauce et des Etchemins (voir Appendice C). Les personnes intéressées par l'étude étaient invitées à laisser un message téléphonique dans la boîte vocale confidentielle de la chercheure-clinicienne. Dix-huit personnes l'ont contactée. Le flux des participants au cours de l'étude est présenté à l'Appendice D. Un contact téléphonique a ensuite été effectué par la chercheure-clinicienne afin de vérifier si ces personnes répondaient aux critères d'inclusion préalables, soit: 1) avoir un diagnostic de TAG; 2) être âgées entre 18 et 60 ans; 3) s'il y a médication (antidépresseur ou benzodiazépines), celle-ci devait être stable depuis plus d'un mois; 4) ne pas avoir de suivi psychologique en parallèle; 5) ne pas avoir été exposées à la thérapie ACT (via la lecture d'un livre, par exemple). Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) avoir un problème de consommation d'alcool ou de drogues et 2) avoir un diagnostic de dépression majeure. Treize des dix-huit personnes qui avaient contacté la chercheure-clinicienne ne répondaient pas aux critères d'inclusion. La

chercheure-clinicienne leur a fourni des références à des professionnels de la santé du milieu.

En avril 2016, les cinq personnes qui respectaient les critères d'inclusion ont été conviées à une entrevue semi-structurée au cours de laquelle la présence de troubles anxieux et du trouble d'anxiété généralisée a été évaluée. Pour ce faire, le questionnaire *Anxiety Diagnostic Interview Schedule* (ADIS-IV) a été utilisé (DiNardo, Brown, & Barlow, 1994) et a été administré par la chercheure-clinicienne. La passation de l'ADIS-IV a demandé environ une heure trente. Au terme de cette évaluation, l'une des cinq participantes potentielles ne répondait pas aux critères diagnostiques du TAG. Seules des inquiétudes familiales ressortaient. Elle a, de plus, relaté avoir fait des attaques de panique dont les déclencheurs étaient également reliés à des situations familiales. Elle a été référée à un groupe pour les troubles anxieux offert par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de son territoire. Quatre personnes ont donc composé l'échantillon. Nous avons choisi d'inclure la participante âgée de 63 ans puisqu'elle répondait aux critères diagnostiques du TAG et que nous voulions nous assurer d'un nombre suffisant de participants pour commencer l'étude.

Le Tableau 1 fait état des diagnostics établis lors de la passation de l'ADIS-IV pour les quatre personnes qui ont composé l'échantillon. Puisque le diagnostic du TAG a été établi chez les quatre participantes, cette information n'a pas été ajoutée au tableau ci-dessous.

Tableau 1

Diagnostic des participantes

	Trouble panique	Agoraphobie	Phobie sociale	Trouble obsessif- compulsif	Phobie spécifique	Trouble de stress post- traumatique/ Trouble de stress aigu	Trouble dépressif majeur	Trouble dysthymique	Hyponcondrie	Trouble mixte anxiété- dépression
P1	X				X					
P2					X					
P3	X	X			X			X		
P4	X		X		X			X	X	

À la suite de l'évaluation, les personnes qui répondaient aux critères diagnostiques ont reçu de l'information détaillée sur la recherche. Si elles étaient intéressées à prendre part à l'étude, elles complétaient alors un questionnaire sociodémographique (voir Appendice E). Elles ont ensuite rempli les mesures du prétest (voir Appendice E) et été invitées à lire et à signer le formulaire d'information et de consentement (voir Appendice F). Cette étape d'évaluation a duré de 20 à 30 minutes. Le questionnaire d'enregistrements quotidiens (voir Appendice E) leur a été expliqué par la chercheure-clinicienne et leur a été remis à la fin de cette rencontre. Il leur a été demandé de le remplir chaque jour durant le traitement, ce qui prenait environ cinq minutes par jour.

Une rencontre de suivi a eu lieu trois mois après la fin du traitement. Les questionnaires remplis lors du prétest leur ont de nouveau été administrés. L'une des participantes a mis un terme à sa démarche à la fin de la huitième rencontre pour des raisons familiales. Les participantes ont bénéficié d'un suivi thérapeutique sans frais. Aucune compensation financière n'était prévue.

Cette recherche respecte les règles éthiques et déontologiques liées notamment à la confidentialité, aux avantages et aux risques pouvant découler de leur participation à ce projet, et au droit de retrait. La procédure qui a été suivie a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke, projet 2015-90 (voir Appendice G).

Instruments de mesure

Cette section présente les différents questionnaires qui ont été utilisés lors de cette étude, les mesures quotidiennes ainsi que les informations sociodémographiques des participantes.

Les questionnaires longs en lien avec les trois temps de mesure

À chacun des trois temps de mesure (soit le prétest, le post-test et le suivi après trois mois), quatre variables ont été mesurées à l'aide de questionnaires autorapportés: la qualité de vie, le niveau d'anxiété, le niveau d'inquiétudes et l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion).

Questionnaire de Valeurs de Vie II (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2010). La qualité de vie a été évaluée par le *Questionnaire de Valeurs de Vie II*, qui a été adapté et traduit par Schoendorff, Villatte, & Monestès. Les participantes ont été invitées à donner leur opinion dans 10 domaines (p. ex., famille, couple, travail) en notant sur une échelle de 1 à 10 le degré d'importance, leur niveau d'action et leur niveau de satisfaction en lien avec la quantité d'actions. Dans la version anglaise, sa consistance interne est de 0,65 et 0,74. L'amélioration de la qualité de vie est l'objectif principal de la présente recherche. Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,74 pour l'importance actuelle, ce qui est jugé acceptable, et de 0,87 pour les actions, ce qui est jugé bon (George & Mallery, 2003).

Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y), IASTA-Y (Spielberger, 1983). L'anxiété a été évaluée à l'aide de *l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y) IASTA-Y*. Ce questionnaire a été traduit en français par Gauthier & Bouchard (1993). Nous avons utilisé l'échelle d'anxiété situationnelle, qui comprend 20 énoncés. Les participantes notaient l'intensité des sentiments ressentis sur une échelle Likert à quatre points variant de « Pas du tout » à « Beaucoup », les scores allant de 20 à 80. Un score élevé indique la présence d'anxiété. « Présentement, je suis préoccupé(e) » est un exemple d'item. Sa consistance interne est de 0,90 (Gauthier & Bouchard, 1993). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,86, ce qui est jugé bon.

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Le *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* a été utilisé pour évaluer la tendance à s'inquiéter des participantes. Le questionnaire a été validé en français par Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston (2001). Sur une échelle de Likert en cinq points, allant de « Pas du tout correspondant » à « Extrêmement correspondant », les participantes avaient à exprimer jusqu'à quel point chacun des 16 énoncés correspondait à ce qu'elles vivaient au sujet de leurs inquiétudes; les scores varient entre 16 et 80. Un score élevé dénote une tendance générale à s'inquiéter. Voici un exemple d'item : « Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter. » Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,82. Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,84, ce qui est jugé bon.

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété — QIA (Dugas et al., 2001). Ce questionnaire a été utilisé pour évaluer les critères diagnostiques du TAG. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré comprenant 10 items évaluant la présence et l'intensité des symptômes du TAG sur une échelle de Likert de 0 à 8, les scores variant entre 0 et 80. Un score élevé reflète un niveau élevé d'inquiétudes et d'anxiété. Un exemple d'item est « Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? ». Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,78, ce qui est jugé acceptable.

Questionnaire d'acceptation et d'action — AAQ-II (Bond et al., 2011). L'évitement expérientiel a été mesuré à l'aide du *Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II)*. Ce questionnaire a été traduit en français et validé par Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bond (2009). Il s'agit de sept énoncés vis-à-vis desquels les participantes exprimaient leur degré d'accord sur une échelle de Likert en sept points allant de « Jamais vrai » à « Toujours vrai »; les scores varient entre 10 et 70. Un score élevé indique un manque de flexibilité psychologique. « Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire » est un exemple d'item. Les coefficients alpha de Cronbach varient entre 0,75 et 0,87. Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,87, ce qui est jugé bon.

Questionnaire de fusion cognitive — QFC (Gillanders & al., 2014). Le *Questionnaire de fusion cognitive (QFC)* est une autre mesure évaluant une composante d'inflexibilité psychologique selon le modèle de l'ACT. Il a été traduit par Dionne et al.

(2016). Il est constitué de sept énoncés. Une échelle de Likert en sept points, allant de « Jamais vrai » à « Toujours vrai », a permis aux participantes d'exprimer leur degré d'accord à l'égard de chaque énoncé; les scores varient entre 7 et 49. Un score élevé reflète une forte tendance à fusionner avec les pensées. Un exemple d'item est « Je lutte contre mes pensées ». Sa consistance interne varie entre 0,88 et 0,93, selon les échantillons (Dionne et al., 2016; Gillanders et al., 2014). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,83, ce qui est jugé bon.

Cohérence interne

Pour mesurer la cohérence interne ou la fiabilité des questions de chacun des tests ci-haut mentionnés, le coefficient alpha de Cronbach est utilisé. La valeur de ce coefficient se situe entre -1 et 1, le seuil minimal requis étant de 0,70 (Nunnally, 1978).

Questionnaire d'enregistrements quotidiens. Afin de mieux cibler les variables à l'étude, des mesures quotidiennes permettant d'évaluer la qualité de vie, les actions valorisées, l'anxiété, les inquiétudes et l'évitement ont également été prises. Pour ce faire, les participantes ont été invitées à compléter un questionnaire d'enregistrements chaque jour pendant la durée de leur psychothérapie individuelle, à déposer leurs questionnaires dans des enveloppes cachetées et à les remettre à la chercheure-clinicienne au début de chaque séance. Elles ont aussi complété ce questionnaire d'enregistrements quotidiens durant les deux semaines qui ont suivi le traitement et l'ont retourné à la chercheure-clinicienne par la poste. Voici les questions auxquelles elles avaient à répondre :

- Si la vie en général était comme aujourd'hui, dans quelle mesure aujourd'hui représenterait une façon de vivre satisfaisante et fonctionnelle pour vous? (qualité de vie)
- Dans quelle mesure vous êtes-vous engagé dans des comportements (actions) en accord avec vos valeurs et vos buts personnels aujourd'hui? (actions valorisées)
- Dans quelle mesure avez-vous souffert ou avez-vous été dérangé par votre anxiété aujourd'hui? (anxiété)
- Dans quelle mesure avez-vous souffert ou avez-vous été dérangé par vos inquiétudes aujourd'hui? (inquiétudes)
- Combien d'efforts avez-vous mobilisés pour faire disparaître vos pensées et émotions liées à l'anxiété aujourd'hui, p. ex., tenter de chasser vos pensées, vous distraire, ou chercher de la réassurance auprès de quelqu'un? (évitement)

Le questionnaire d'enregistrements quotidiens se trouve à l'Appendice E. L'Appendice H présente une synthèse de la démarche reliée à l'évaluation des participantes.

Les informations sociodémographiques

Les informations sociodémographiques des participantes de l'étude sont présentées dans le Tableau 2. Les données portant sur le sexe, l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, l'emploi, les revenus ainsi que les consultations antérieures y sont compilées. Le questionnaire sociodémographique se trouve à l'Appendice E.

Tableau 2

Présentation des participantes selon les variables sociodémographiques

	Sexe	Âge	État civil	Nombre d'années de scolarité	Emploi	Revenu annuel	Consultations antérieures
Participante 1	Féminin	56	Mariée	11	Oui	± 23 000 \$	Pas au cours de la dernière année
Participante 2	Féminin	63	Divorcée	13	Non	8 000 \$	Pas au cours de la dernière année
Participante 3	Féminin	32	Mariée	10	Non (congé de maternité)	40 000 \$	Pas au cours de la dernière année
Participante 4	Féminin	35	Célibataire	11	Non	± 25 000 \$	Pas au cours de la dernière année

Déroulement de la recherche

Cette partie présente l'information sur le type d'intervention et sur le devis qui a été utilisé lors de cette étude.

Intervention

Les quatre participantes ont été invitées à prendre part à une démarche individuelle comprenant 10 séances hebdomadaires, d'une durée d'une heure chacune. Le protocole est basé sur la thérapie ACT appliquée aux troubles anxieux de Eifert & Forsyth (2005). Il fournit des directives claires et détaillées, séance par séance, sur la façon d'appliquer et d'intégrer les principes de l'ACT dans le traitement des troubles anxieux. Les principales composantes du traitement sont les suivantes: comprendre la nature et la fonction de l'anxiété; apprendre à mieux composer avec l'anxiété; déterminer des actions en direction de ce qui est important pour la personne (valeurs) comme une alternative à la gestion de l'anxiété afin d'améliorer la qualité de vie. Les thèmes des rencontres se trouvent à l'Appendice I.

La psychothérapie a débuté en avril 2016 et a été effectuée par la chercheure-clinicienne de la présente étude, qui a bénéficié d'une cinquantaine d'heures de supervision et de formation ACT dans le cadre de son programme d'études. Elle est membre de l'Ordre des psychologues du Québec depuis 2005. Les séances ont eu lieu à son bureau privé situé à Saint-Georges (Québec). La chercheure-clinicienne n'a pas eu accès aux données des participantes avant la fin de la démarche puisque les mesures

quotidiennes et les différents questionnaires remplis par les participantes étaient déposés dans une enveloppe cachetée qui leur a été remise.

Devis

Pour évaluer les effets de la psychothérapie ACT auprès des personnes qui présentent un TAG, un devis expérimental à cas unique de type AB a été utilisé (Rizvi & Nock, 2008). Ce type de devis permet de vérifier la relation qui existe entre deux ou plusieurs variables à partir de l'étude du comportement d'une personne (Ladouceur & Bégin, 1980). L'efficacité d'une intervention est mesurée en comparant le ou les comportements de la personne avec ses comportements passés ou ultérieurs. Cette méthode fournit un degré élevé de validité interne (Rizvi & Nock, 2008). Les conclusions sur l'efficacité du traitement ont été tirées en observant, au fil du temps, les changements des comportements ciblés, soit la qualité de vie (variable dépendante principale) et l'anxiété (variable dépendante secondaire) chez les personnes qui suivaient le traitement (variable indépendante).

Smith (2012) affirme que le protocole à cas unique est utile lorsque l'on cherche à examiner l'efficacité d'un nouveau traitement sans avoir recours à un groupe de contrôle et qu'il fournit une méthode d'évaluation alternative, rigoureuse et solide sur le plan méthodologique. Selon lui, les chercheurs utilisent souvent ce type de protocole, car il convient particulièrement bien afin d'examiner les processus de changement de l'intervention en plus de ses effets.

Dans la présente étude, des mesures ont été prises quotidiennement sur une période de référence donnée (A, phase du prétest), qui fut de deux semaines pour trois participantes et, pour des raisons de santé, d'une semaine pour une autre participante. Cette phase vise à obtenir un niveau de stabilité des comportements ciblés, ce qui permet de savoir si l'intervention a eu un effet véritable ou si elle est responsable des changements de l'individu. Des calculs Tau-U de tendance ont été effectués pour tester la tendance au prétest pour chaque variable et pour chaque participante, et d'ainsi vérifier si les comportements des participantes étaient relativement stables avant l'introduction du traitement. Un résumé de ces résultats est présenté à l'Appendice J.

Le traitement a ensuite été introduit (B, phase du traitement - test). Des mesures quotidiennes ont été prises pendant celui-ci afin d'observer la variabilité des comportements. Des mesures ont également été prises durant les deux semaines qui ont suivi le traitement (post-test). D'autres mesures, qui provenaient des questionnaires longs que les participantes ont complété lors du prétest, à la fin du traitement (post-test) et lors du suivi qui a été effectué trois mois après la fin du traitement, soit en septembre 2016, ont également été prises.

Analyses statistiques

Cette section présente les différents types d'analyses qui ont été utilisés. Les effets du traitement ont été évalués de deux façons, soit en observant les changements des comportements ciblés au fil du temps, c'est-à-dire entre le prétest, le post-test et le suivi

après trois mois, qui découlent des données des questionnaires autorapportés, et en mesurant les enregistrements quotidiens de chaque participante entre le prétest, le traitement et le post-test. Les données du prétest, du post-test et du suivi après trois mois ont été compilées à partir des questionnaires longs que les participantes ont rempli à chacun des temps de mesure. Les données ont ensuite été analysées en effectuant une inspection visuelle des graphiques entre le pré et le post-test ainsi qu'entre le post-test et le suivi afin de vérifier si les gains ont été maintenus.

En ce qui concerne les enregistrements quotidiens, pour démontrer si l'intervention a eu des effets sur les variables à l'étude, soit la qualité de vie, l'anxiété, les inquiétudes et l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion), quatre critères ont été utilisés (Rizvi & Nock, 2008): 1) observer s'il y a un changement sur les variables à l'étude de la période de référence (soit 15 jours avant le début du traitement), qui est le niveau de base, à la phase d'intervention; 2) noter s'il y a une diminution ou une augmentation liée aux variables à l'étude de la période de référence à la phase d'intervention; 3) observer dans quelle mesure les variables à l'étude ont changé entre le prétest et le post-test et 4) respecter un court temps de latence d'une phase à l'autre.

Les données ont été analysées selon deux méthodes afin de déterminer si ces critères ont été rencontrés. Dans un premier temps, une inspection visuelle des graphiques, qui rendent compte de l'évolution des résultats, a été effectuée, ce qui a permis d'observer la présence ou non d'un changement. Dans un deuxième temps, des analyses statistiques

Tau-U (Tau provient du *Kendall's Rank Correlation* et U provient du *Mann-Whitney U test*; Parker, Vannest, Davis, & Sauber, 2011) ont été effectuées pour appuyer l'inspection visuelle et évaluer si le traitement a produit des changements statistiquement significatifs. Les analyses statistiques Tau-U, une méthode qui est utilisée dans les protocoles à cas unique, permettent d'identifier les tendances qui se dégagent dans les données et d'identifier les données qui ne se chevauchent pas lors des temps de mesure (Parker et al., 2011). Elles permettent d'ajuster la tendance résultant de changements de la taille d'effet, de contrôler la tendance des données de référence, d'effectuer le traitement de plus petits ensembles de données et de bien discriminer aux limites supérieures et inférieures des données observées (Vannest & Ninci, 2015).

Les analyses Tau-U sont interprétées selon un index d'amélioration continue qui est de l'ordre suivant : 0,20 est considéré comme un petit changement; 0,20 à 0,60 représente un changement modéré; 0,60 à 0,80 est estimé comme étant un grand changement; plus de 0,80 constitue un très grand changement sur le plan statistique (Vannest & Ninci, 2015). Le logiciel SPSS 22.0 (2013) a été utilisé pour effectuer ces analyses statistiques.

La prochaine section présentera les résultats qui proviennent des données issues des questionnaires longs autorapportés et des enregistrements quotidiens effectués par les participantes.

Résultats

Afin d'évaluer si la psychothérapie selon l'ACT permet d'améliorer la qualité de vie, de réduire l'anxiété, de diminuer le niveau d'inquiétudes et de diminuer l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) chez les personnes composant notre échantillon, des questionnaires longs ont été administrés aux participantes lors du prétest, du post-test et du suivi après trois mois. Pour chacune des variables à l'étude, les participantes ont aussi complété des enregistrements quotidiens. Dans cette section, les résultats aux questionnaires seront présentés dans un premier temps pour l'ensemble des participantes. Ensuite, les résultats aux enregistrements quotidiens seront présentés pour chacune des participantes. Les résultats qui découlent des questionnaires autorapportés et des enregistrements quotidiens de la variable « qualité de vie » sont d'abord présentés.

Qualité de vie

Questionnaires longs autorapportés

Afin de vérifier si l'intervention permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui ont un TAG (Hypothèse 1), le *Questionnaire Valeurs de Vie II* a été administré aux participantes. Les données du prétest, du post-test et du suivi après trois mois de chaque participante ont été analysées en effectuant une inspection visuelle des graphiques. Les scores composites sont utilisés pour effectuer ce calcul (Wilson et al., 2010). Pour ce faire, les réponses sur l'importance accordée à chacun des 10 domaines de vie ont été multipliées

aux réponses en lien avec les actions posées; la moyenne des 10 produits donne les scores composites.

La Figure 1 démontre que les Participantes 1, 2 et 3 accordent davantage d'importance et posent davantage d'actions dans tous les domaines de vie confondus entre le pré et le post-test, de même qu'entre le post-test et le suivi après trois mois. Cette analyse n'a pu être effectuée auprès de la Participante 4, car seul le résultat au prétest est disponible.

En somme, l'analyse visuelle montre que l'intervention semble avoir amélioré la qualité de vie chez trois participantes, selon les questionnaires longs.

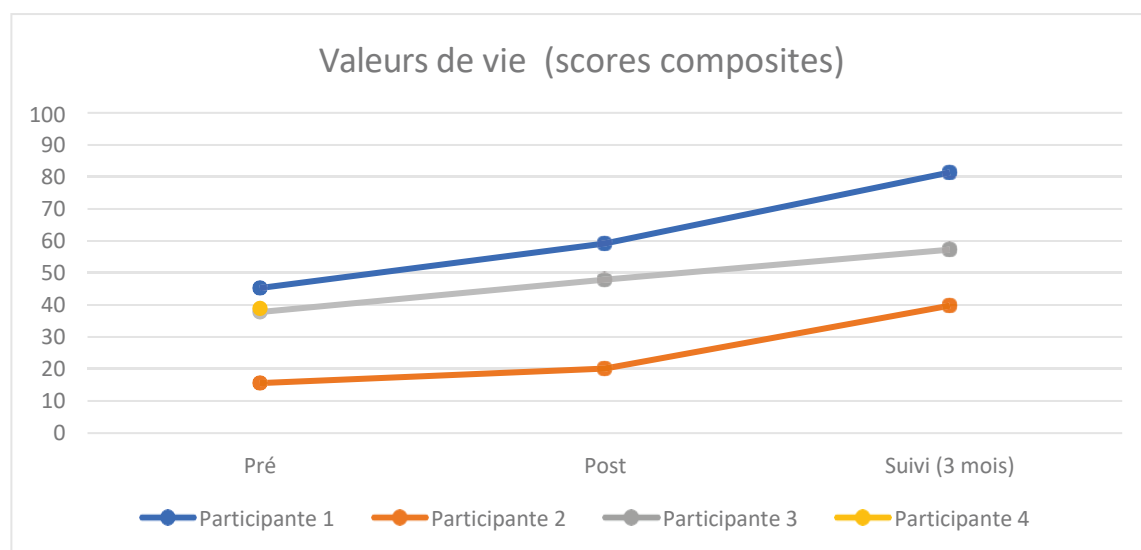


Figure 1. Valeurs de vie des participantes à chacun des temps de mesure.

Enregistrements quotidiens

Participant 1. La Figure 2 présente les fluctuations du niveau de la qualité de vie chez la Participant 1. L'inspection visuelle du graphique permet de constater une certaine stabilité du niveau de la qualité de vie lors de l'introduction du traitement (intitulé « test » dans les graphiques), ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. L'analyse visuelle permet également de constater que le niveau de la qualité de vie augmente entre le prétest et le post-test, et que ce changement s'avère grand (Tau-U = 0,73) et significatif ($p < 0,01$).

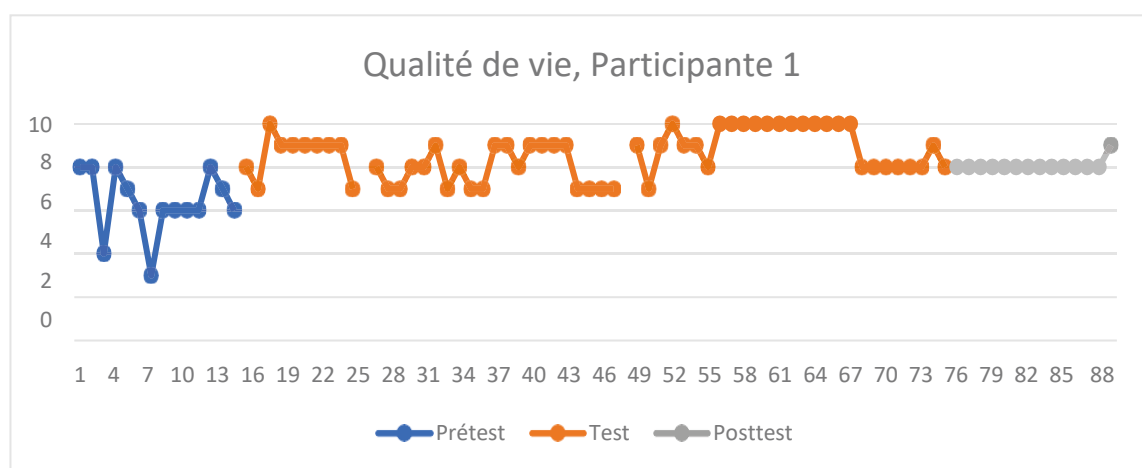


Figure 2. Niveau de qualité de vie de la Participant 1 à chacun des temps de mesure.

Participant 2. La Figure 3 rend compte des variations du niveau de la qualité de vie chez la Participant 2. L'inspection visuelle du graphique permet de remarquer une diminution du niveau de la qualité de vie au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Même si le niveau de base n'était pas stable, le traitement a tout de même été introduit. L'inspection visuelle démontre que le niveau de la qualité de vie diminue entre le prétest et le post-test, et qu'il devient stable au

post-test. Les analyses statistiques montrent un changement (Tau-U = -0,24) non significatif ($p = 0,32$).

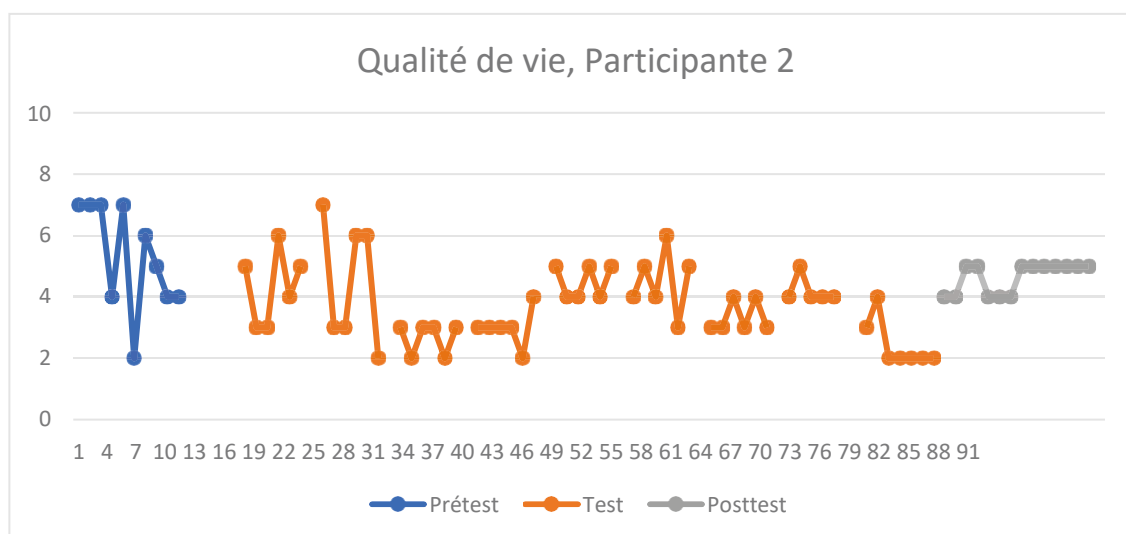


Figure 3. Niveau de qualité de vie de la Participante 2 à chacun des temps de mesure.

Participante 3. L'analyse visuelle du graphique de la Figure 4 chez cette participante permet de constater une certaine stabilité du niveau de la qualité de vie au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle permet de constater une augmentation du niveau de la qualité de vie entre le prétest et le post-test; il s'agit d'un très grand changement (Tau-U = 0,83), qui est significatif ($p < 0,01$).

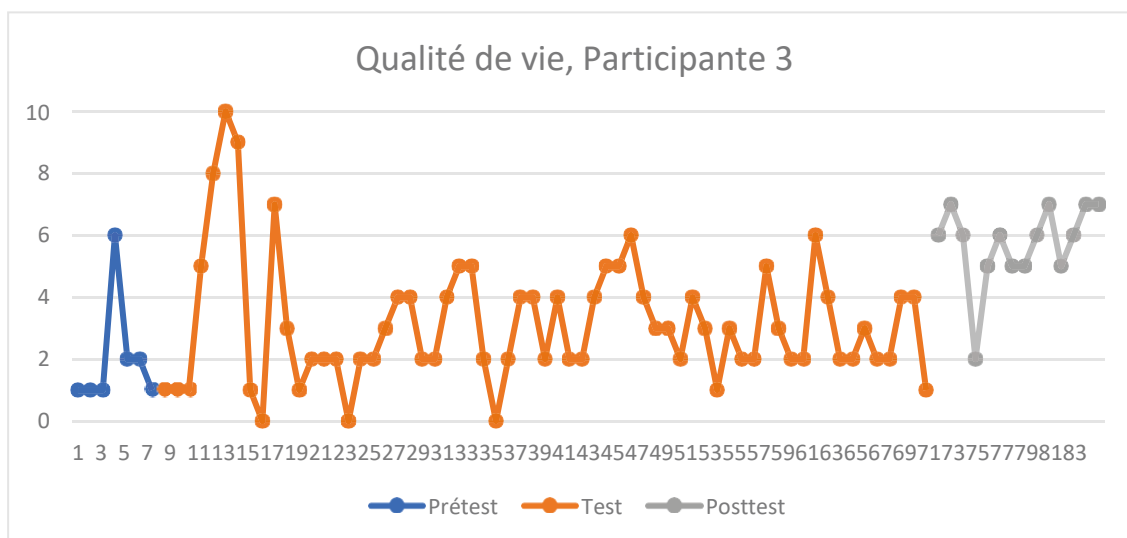


Figure 4. Niveau de qualité de vie de la Participant 3 à chacun des temps de mesure.

Participant 4. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 5 chez cette participante indique une stabilité du niveau de la qualité de vie au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'analyse visuelle permet de constater que le niveau de la qualité de vie augmente au fur et à mesure que le traitement avance chez cette participante. Les résultats des analyses Tau-U démontrent que cette amélioration est associée à un changement modéré (Tau-U = 0,36), qui s'avère significatif ($p = 0,04$), entre le prétest et le traitement. Rappelons que les données au post-test de cette participante sont manquantes.

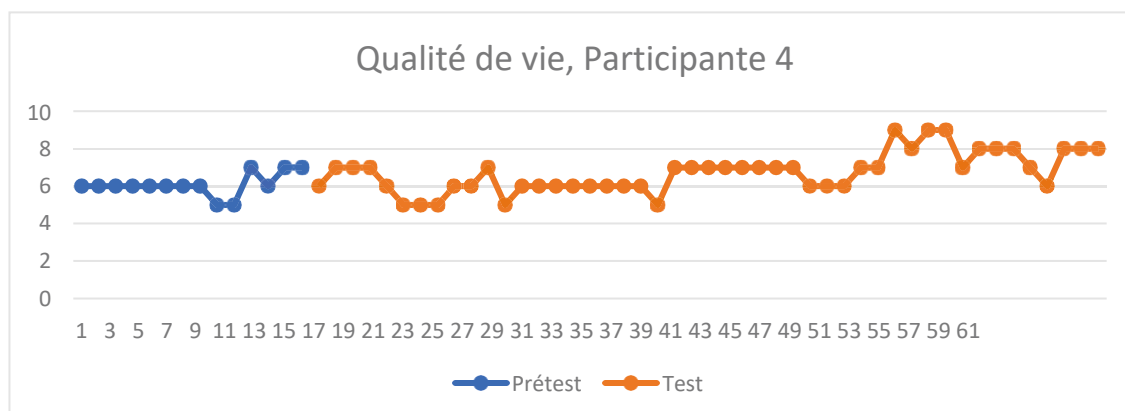


Figure 5. Niveau de qualité de vie de la Participante 4 à chacun des temps de mesure.

En somme, selon nos deux méthodes d'évaluation (questionnaires longs autorapportés et enregistrements quotidiens), les Participantes 1 et 3 rapportent une amélioration de leur qualité de vie entre le prétest et le post-test. Chez la Participante 2, cette amélioration n'est observée que dans le questionnaire long. Chez la Participante 4, une amélioration de la qualité de vie entre le prétest et le traitement est observée, mais seules les données des enregistrements quotidiens ont pu être compilées. Chez les Participantes 1, 2 et 3, le niveau de qualité de vie a continué d'augmenter au suivi après trois mois, selon l'inspection visuelle du questionnaire long autorapporté.

Actions engagées

Questionnaires longs autorapportés

Selon les scores composites, qui découlent de l'importance accordée aux domaines de vie et de la cohérence en lien avec les actions posées, les Participantes 1, 2 et 3 vivent davantage en cohérence avec leurs valeurs dans tous les domaines de vie confondus entre

le prétest et le post-test, ainsi qu'entre le post-test et le suivi après trois mois, comme l'illustre la Figure 1.

Enregistrements quotidiens

Participant 1. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 6 permet de constater que le niveau d'actions engagées est relativement stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle permet d'observer que le niveau d'actions augmente entre le prétest et le post-test; ce changement s'avère très grand (Tau-U = 0,82) et significatif ($p < 0,01$).

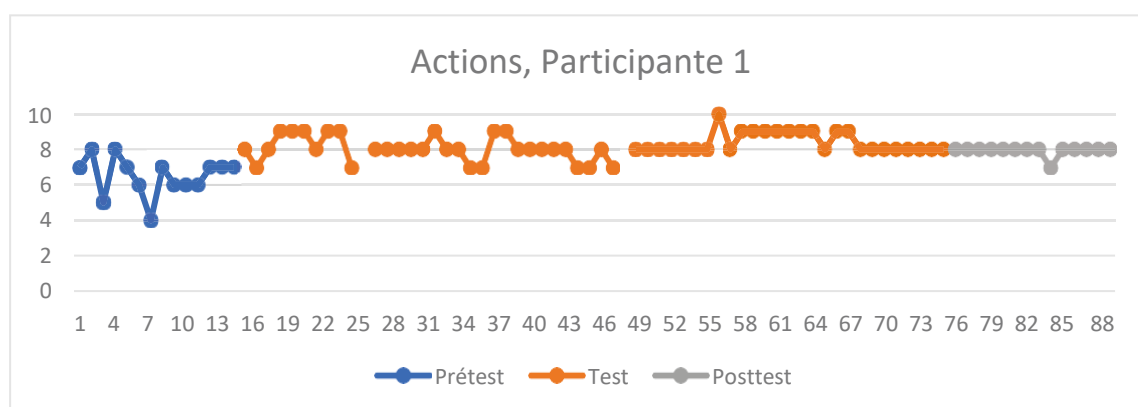


Figure 6. Niveau d'actions de la Participant 1 à chacun des temps de mesure.

Participant 2. L'inspection visuelle de la Figure 7 permet de remarquer que le niveau d'actions est stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle permet d'observer que le niveau d'actions diminue entre le prétest et le post-test; cette

diminution ressort aussi des analyses statistiques alors qu'un grand changement ($\text{Tau-U} = -0,7$) significatif ($p < 0,01$) est noté.

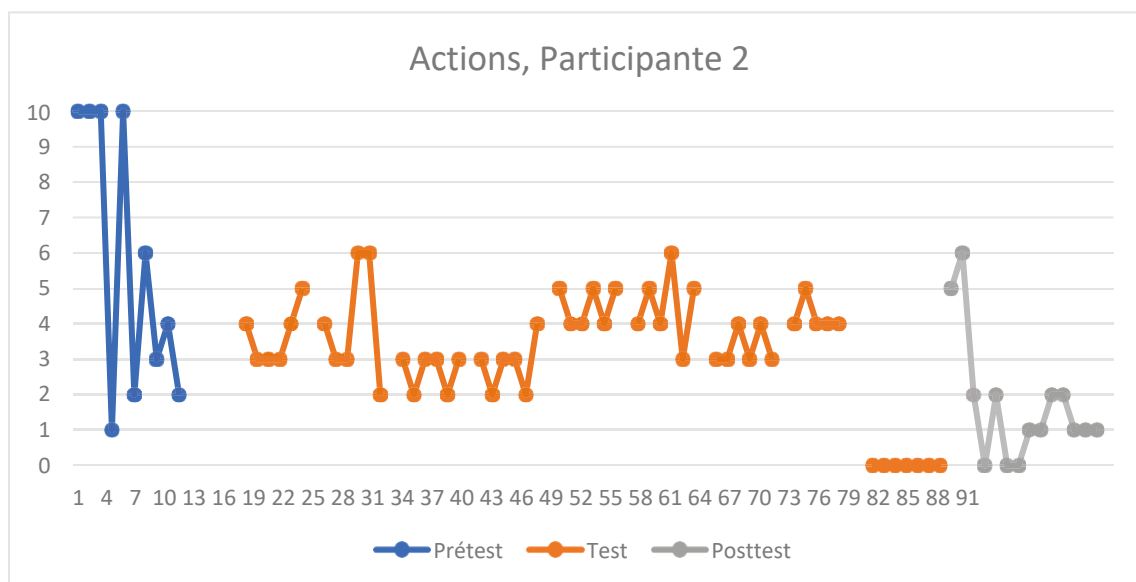


Figure 7. Niveau d'actions de la Participante 2 à chacun des temps de mesure.

Participante 3. Selon la Figure 8, l'inspection visuelle indique que le niveau d'actions est stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle permet d'observer une augmentation du niveau d'actions entre le prétest et le post-test; il s'agit d'un très grand changement ($\text{Tau-U} = 0,98$), qui est significatif ($p < 0,01$).

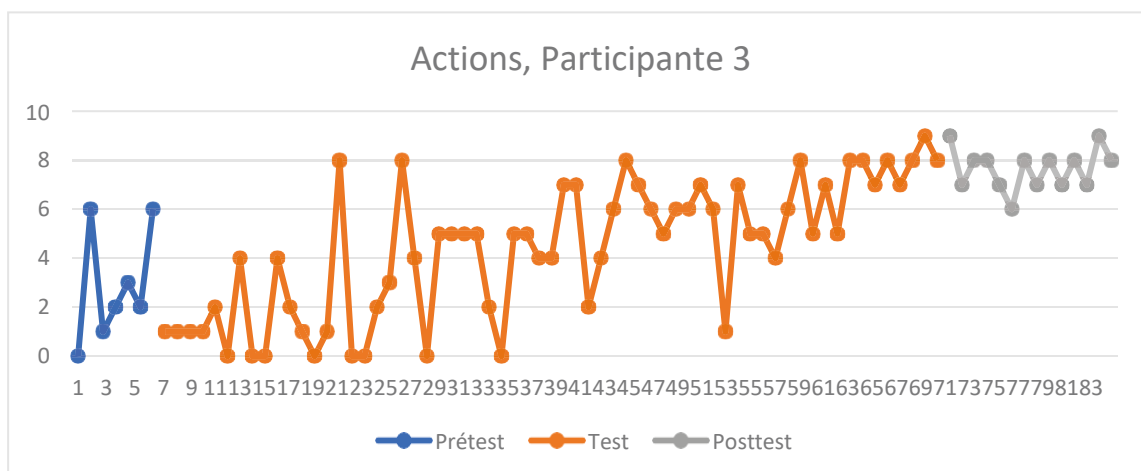


Figure 8. Niveau d'actions de la Participant 3 à chacun des temps de mesure.

Participant 4. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 9 indique une stabilité du niveau d'actions au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle des données permet de constater que le niveau d'actions augmente graduellement durant le traitement, passant de 5 à 9. Les analyses Tau-U démontrent aussi une augmentation du niveau d'actions alors qu'un grand changement (Tau-U = 0,64), qui s'avère significatif ($p < 0,01$), est noté entre le prétest et le traitement.

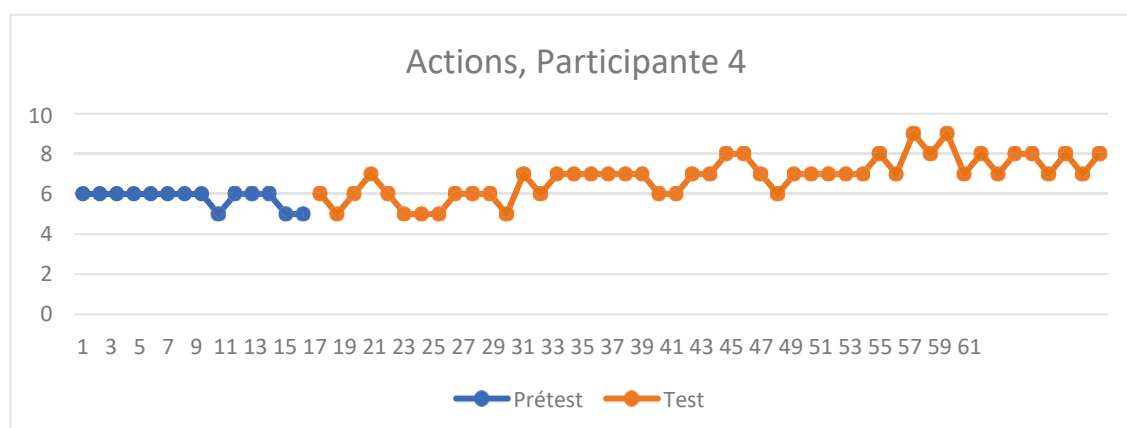


Figure 9. Niveau d'actions de la Participant 4 à chacun des temps de mesure.

En résumé, selon les résultats qui découlent des questionnaires longs autorapportés et des enregistrements quotidiens, une augmentation du niveau d'actions en cohérence avec leurs valeurs entre le prétest et le post-test est observée chez les Participantes 1 et 3. Chez la Participante 2, une amélioration du niveau d'actions n'est observée que dans le questionnaire long autorapporté. La Participante 4 affiche une augmentation du niveau d'actions entre le prétest et le traitement, selon les enregistrements quotidiens.

Anxiété

Questionnaires longs autorapportés

Afin de vérifier si l'intervention permet de réduire l'anxiété (Hypothèse 2), le questionnaire IASTA a été utilisé. Chez la Participante 1, l'inspection visuelle du graphique de la Figure 10 indique que le niveau d'anxiété augmente entre le prétest et le post-test, et qu'il diminue entre le post-test et le suivi après trois mois. Chez la Participante 2, le niveau d'anxiété demeure relativement stable entre le prétest et le post-test, et il augmente légèrement entre le prétest et le suivi après trois mois. Une diminution de l'anxiété est observée entre le prétest et le post-test chez la Participante 3, et le niveau demeure bas au suivi après trois mois. Puisque la Participante 4 n'a pas complété les derniers temps de mesure, seuls les résultats du prétest ont pu être comptabilisés.

En somme, selon les résultats au IASTA, le traitement a permis de réduire l'anxiété de l'une des participantes, soit la Participante 3, et les résultats se sont maintenus au suivi après trois mois. Le niveau d'anxiété de la Participante 2 est demeuré relativement stable

tandis qu'il a augmenté chez la Participante 1 entre le prétest et le post-test avant de diminuer légèrement au suivi après trois mois.

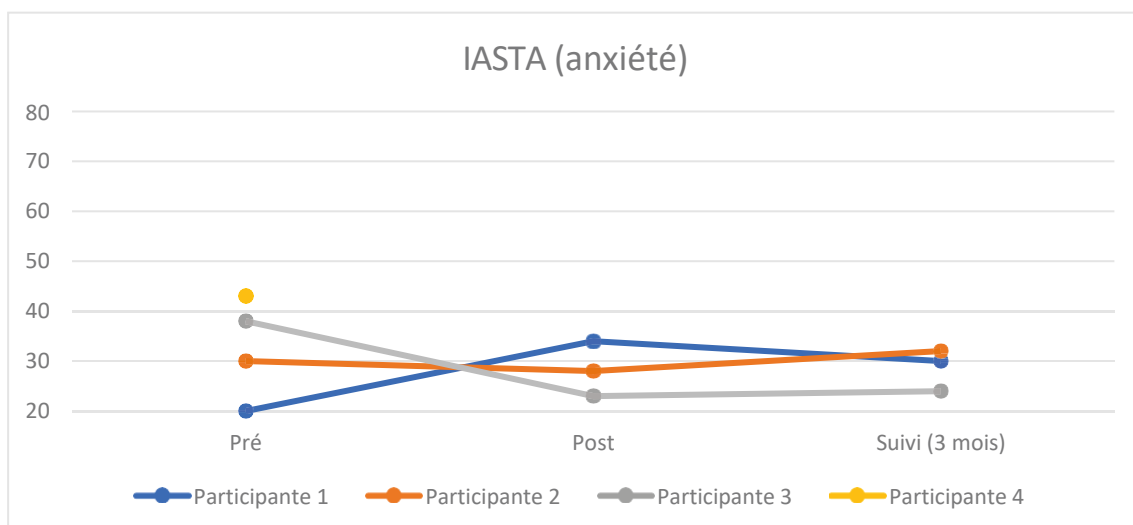


Figure 10. Niveau d'anxiété des participantes à chacun des temps de mesure.

Enregistrements quotidiens

Participante 1. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 11 permet de remarquer que le niveau d'anxiété est stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle indique une diminution non significative ($p = 0,30$) du niveau d'anxiété avec un changement modéré (Tau-U = -0,23) entre le prétest et le post-test.

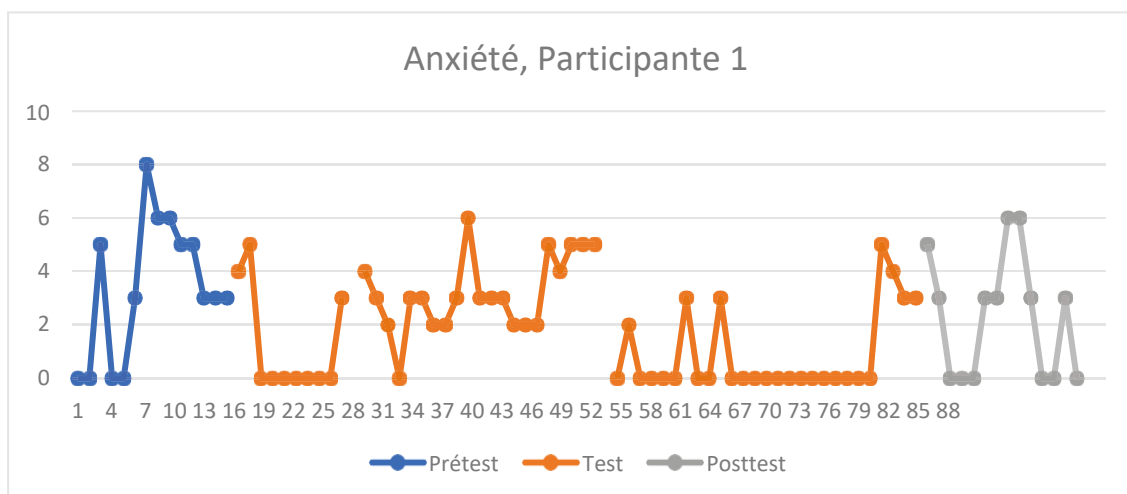


Figure 11. Niveau d'anxiété de la Participante 1 à chacun des temps de mesure.

Participante 2. La Figure 12 indique que la stabilité du niveau d'anxiété n'a pas été atteinte au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a tout de même été introduit. L'inspection visuelle permet de constater que le niveau d'anxiété diminue entre le prétest et le post-test; ce changement s'avère très grand (Tau-U = -0,86) et significatif ($p < 0,01$).

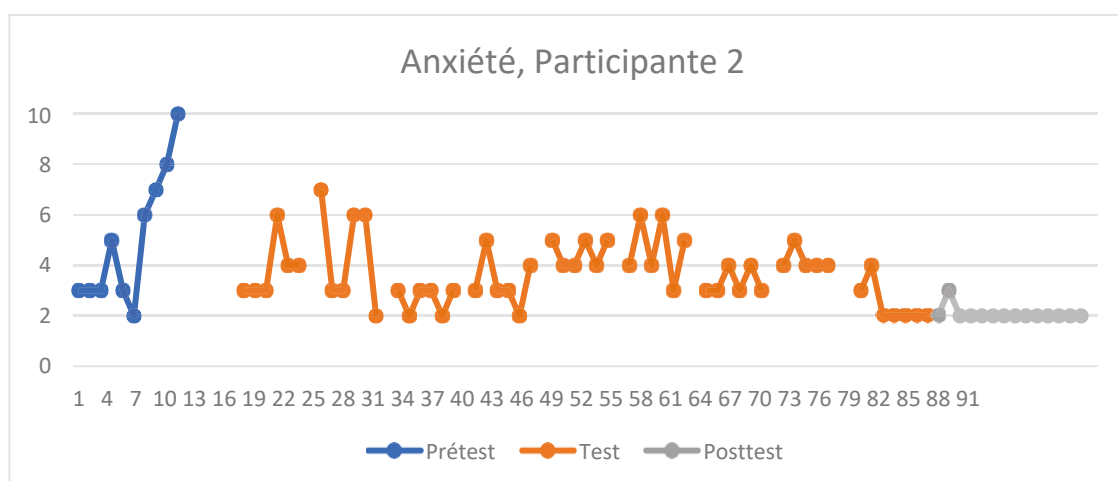


Figure 12. Niveau d'anxiété de la Participante 2 à chacun des temps de mesure.

Participant 3. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 13 fait état de la stabilité du niveau d'anxiété au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle nous permet de remarquer que le niveau d'anxiété diminue entre le prétest et le post-test. Les analyses statistiques n'indiquent toutefois pas de changement (Tau-U = -0,15; $p = 0,58$) entre ces deux phases de l'étude.

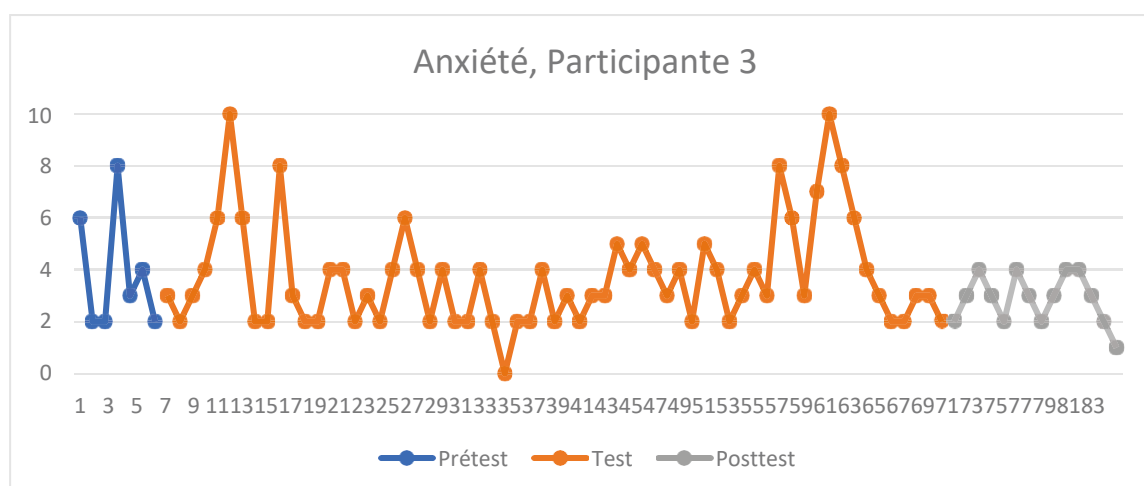


Figure 13. Niveau d'anxiété de la Participante 3 à chacun des temps de mesure.

Participant 4. Selon la Figure 14, l'inspection visuelle démontre que la stabilité du niveau d'anxiété n'a pas été atteinte au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a tout de même été introduit. Une diminution du niveau d'anxiété est remarquée entre le prétest et la fin du traitement, selon l'inspection visuelle. Les données au post-test n'étaient pas disponibles. Les analyses statistiques révèlent aussi une diminution du niveau d'anxiété; il s'agit d'un changement modéré (Tau-U = -0,57), qui s'avère significatif ($p < 0,01$).

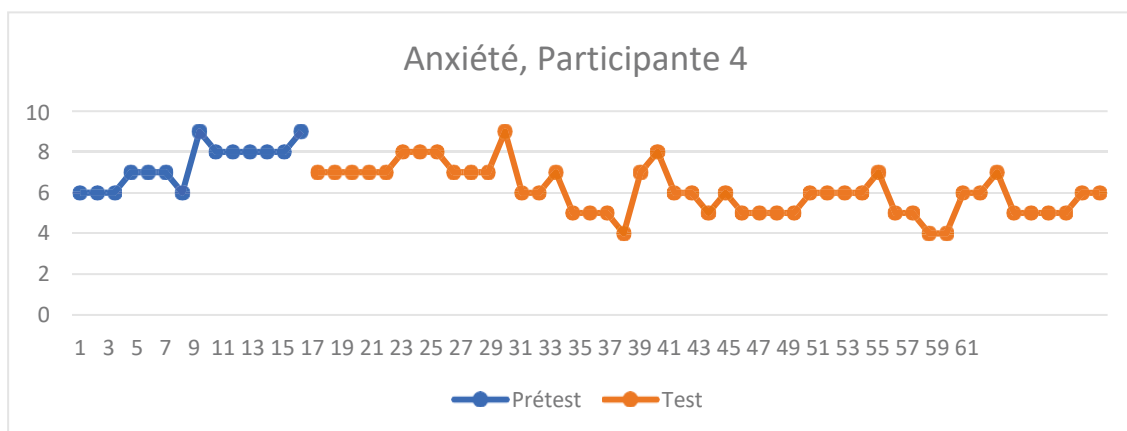


Figure 14. Niveau d'anxiété de la Participante 4 à chacun des temps de mesure.

En bref, lorsque les données quotidiennes sont compilées, trois des quatre participantes rapportent une diminution de leur anxiété entre le prétest et le post-test. Au suivi après trois mois, les résultats des questionnaires longs indiquent ce qui suit : la Participante 3 maintient ses acquis après avoir vu son anxiété diminuer durant le traitement; le niveau d'anxiété de la Participante 1 se stabilise au suivi après trois mois après une augmentation entre le prétest et le post-test; chez la Participante 2, le niveau d'anxiété est relativement stable entre les différentes phases du traitement. Face à ces résultats, il est possible d'affirmer que le traitement ait permis de réduire partiellement l'anxiété des participantes.

Inquiétudes

Questionnaires longs autorapportés

Afin de vérifier si l'intervention permet de diminuer le niveau d'inquiétudes (Hypothèse 3), deux questionnaires ont été complétés par les participantes au prétest, au

post-test et au suivi après trois mois. Il s'agit du *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* (voir Figure 15) et du questionnaire QIA (voir Figure 16).

L'inspection visuelle de la Figure 15 permet de constater que le niveau d'inquiétudes de la Participante 1 augmente entre le prétest et le post-test, et qu'il diminue légèrement entre le post-test et le suivi après trois mois. Chez la Participante 2, le niveau demeure sensiblement le même entre le prétest et le post-test, et il augmente légèrement entre le post-test et le suivi après trois mois. Une diminution du niveau d'inquiétudes est constatée chez la Participante 3 entre le prétest et le post-test, et un maintien des acquis est noté au suivi après trois mois. La Participante 4 n'a pas complété le post-test ni le suivi après trois mois.

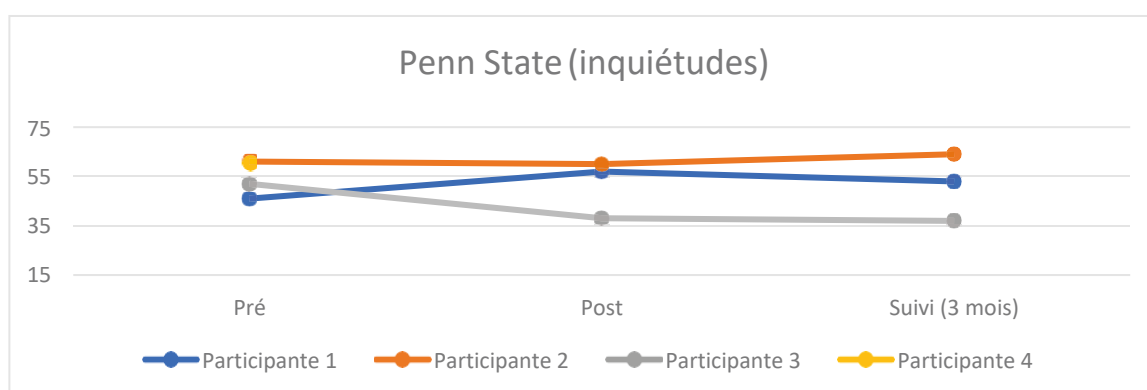


Figure 15. Niveau d'inquiétudes (Penn State) des participantes à chacun des temps de mesure.

La Figure 16 démontre que le niveau d'inquiétudes augmente entre le prétest et le post-test chez la Participante 1 et qu'il diminue entre le post-test et le suivi après trois mois à un niveau inférieur à celui qui avait été observé au prétest. Une diminution du

niveau d'inquiétudes chez les Participants 2 et 3 entre le prétest et le post-test ainsi qu'entre le post-test et le suivi après trois mois est observée.

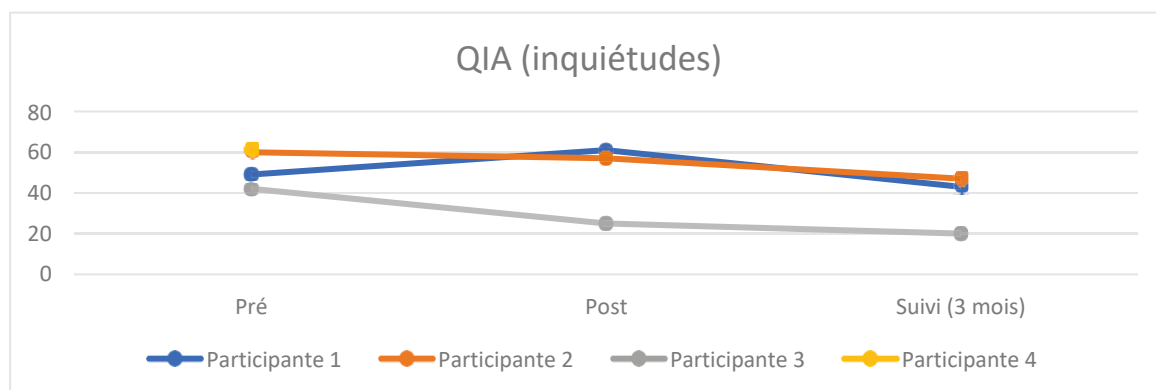


Figure 16. Niveau d'inquiétudes (QIA) des participants à chacun des temps de mesure.

En somme, la Participant 3 rapporte une diminution de son niveau d'inquiétudes entre le prétest et le post-test dans les deux questionnaires tandis que la Participant 2 note une diminution dans l'un des deux questionnaires. Même si la Participant 1 enregistre une augmentation de son niveau d'inquiétudes entre le prétest et le post-test dans les deux questionnaires, une diminution est rapportée au suivi après trois mois (en deçà du niveau de base dans l'un des questionnaires). Généralement, les résultats se sont maintenus ou ont continué de diminuer au suivi après trois mois chez les Participants 2 et 3.

Enregistrements quotidiens

Participant 1. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 17 permet d'observer que le niveau d'inquiétudes est stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. Les pentes analysées lors de l'inspection visuelle laissent croire à une baisse du niveau

d'inquiétudes entre le prétest et le post-test, ce que ne démontrent toutefois pas les analyses statistiques puisqu'aucun changement significatif n'est observé (Tau-U = 0,04; $p = 0,85$).

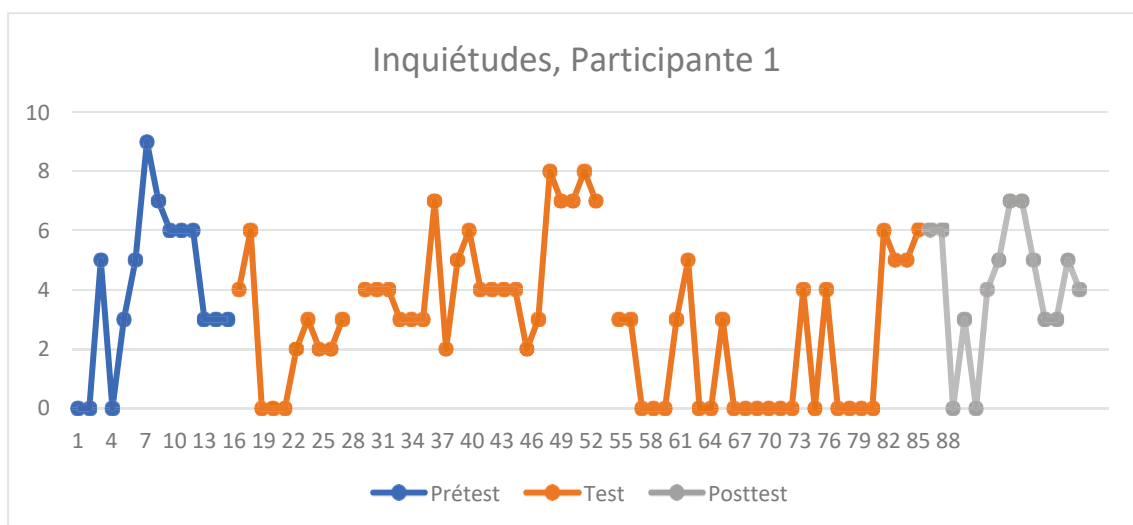


Figure 17. Niveau d'inquiétudes de la Participante 1 à chacun des temps de mesure.

Participante 2. Selon la Figure 18, l'inspection visuelle du graphique démontre que le niveau d'inquiétudes est stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle indique une diminution du niveau d'inquiétudes entre le prétest et le post-test alors qu'un très grand changement significatif (Tau-U = -0,8; $p < 0,01$) est observé.

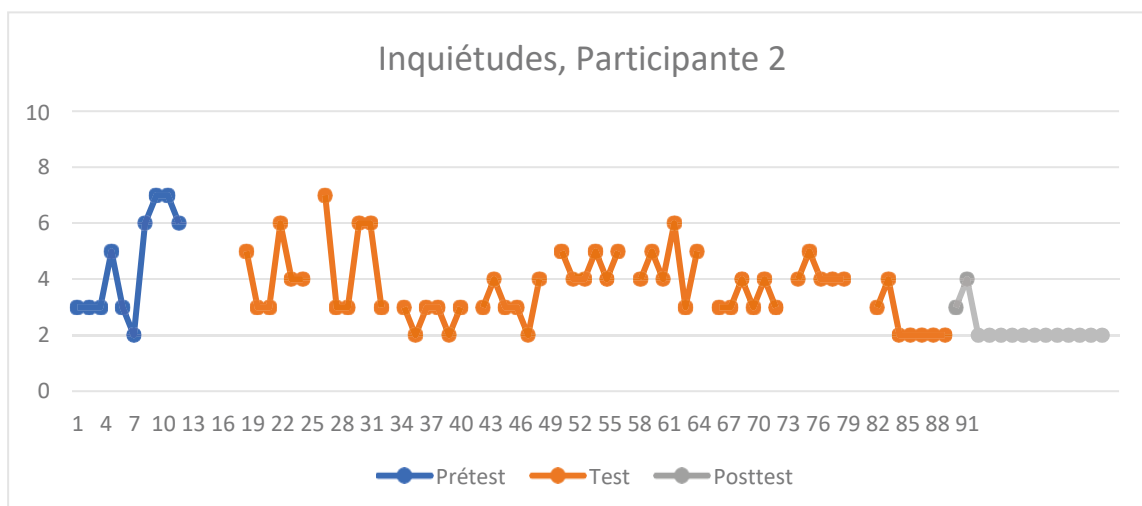


Figure 18. Niveau d'inquiétudes de la Participant 2 à chacun des temps de mesure.

Participant 3. Une certaine stabilité au prétest ressort de l'inspection visuelle du graphique de la Figure 19, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. Une augmentation non significative ($p = 0,9$) du niveau d'inquiétudes entre le prétest et le post-test est constatée (Tau-U = 0,05).

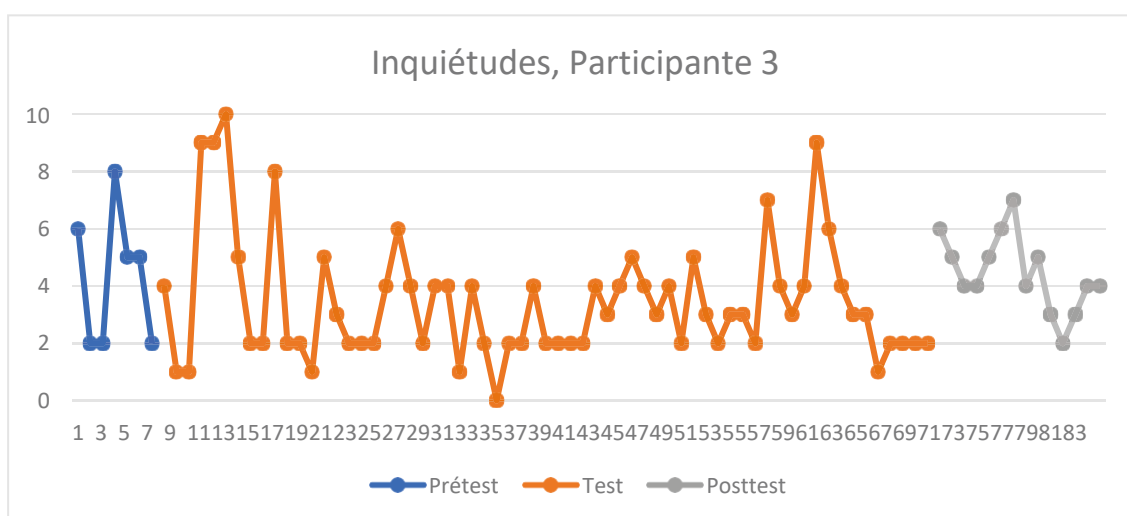


Figure 19. Niveau d'inquiétudes de la Participant 3 à chacun des temps de mesure.

Participant 4. L'inspection visuelle de la Figure 20 permet de remarquer que la stabilité du niveau d'inquiétudes n'a pas été atteinte au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a tout de même été introduit. Une baisse du niveau d'inquiétudes entre le prétest et le traitement est constatée. Une diminution significative ($p < 0,01$) du niveau d'inquiétudes, reflétant un changement modéré (Tau-U = -0,54), est observée.

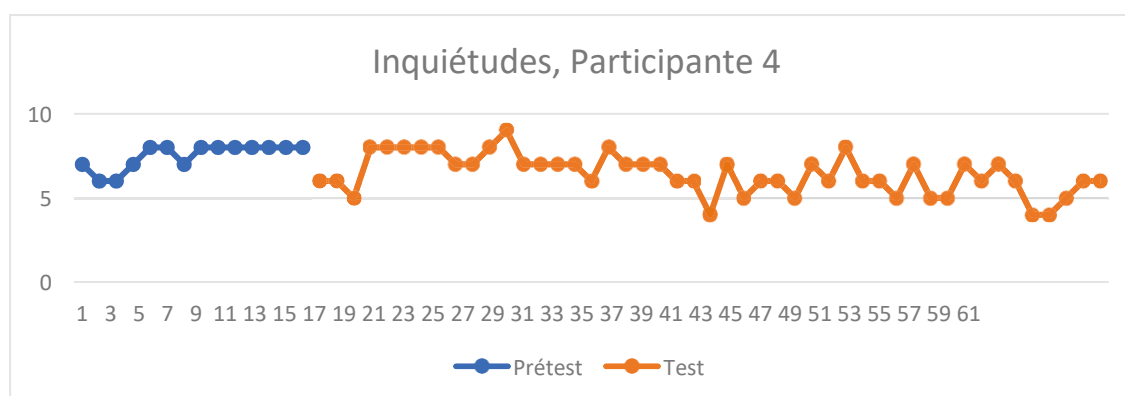


Figure 20. Niveau d'inquiétudes de la Participante 4 à chacun des temps de mesure.

En somme, la Participante 3 rapporte une diminution de son niveau d'inquiétudes entre le prétest et le post-test dans les deux questionnaires; lors du suivi après trois mois, une diminution du niveau d'inquiétudes est aussi observée dans l'un des questionnaires et un maintien des acquis est constaté dans l'autre questionnaire. Chez la Participante 2, une diminution du niveau d'inquiétudes est notée entre les différentes phases du traitement dans l'un des deux questionnaires. Même si la Participante 1 enregistre une augmentation de son niveau d'inquiétudes entre le prétest et le post-test dans les deux questionnaires, une diminution est rapportée au suivi après trois mois dans ces mêmes questionnaires. Une diminution du niveau d'inquiétudes ressort également des enregistrements quotidiens

de deux des quatre participantes. Ces résultats nous permettent de conclure que le traitement a permis de réduire partiellement le niveau d'inquiétudes des participantes.

Inflexibilité psychologique (évitement, fusion)

Questionnaires longs autorapportés

Afin de vérifier si l'intervention permet de diminuer le niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) (Hypothèse 4), deux questionnaires longs autorapportés, le questionnaire AAQ-II qui mesure l'évitement expérientiel (voir Figure 21) et le questionnaire QFC qui mesure la fusion cognitive (voir Figure 22), ont été complétés par les participantes lors du prétest, du post-test et du suivi après trois mois.

L'inspection visuelle du graphique de la Figure 21 démontre que l'évitement expérientiel augmente entre le prétest et le post-test chez les Participantes 1 et 3 et qu'il diminue entre le post-test et le suivi après trois mois à des niveaux inférieurs à ceux qui avaient été enregistrés au prétest. Chez la Participante 2, le niveau d'évitement expérientiel diminue entre le prétest et le post-test, et il augmente entre le post-test et le suivi après trois mois, sans toutefois atteindre le niveau qui avait été enregistré au prétest.

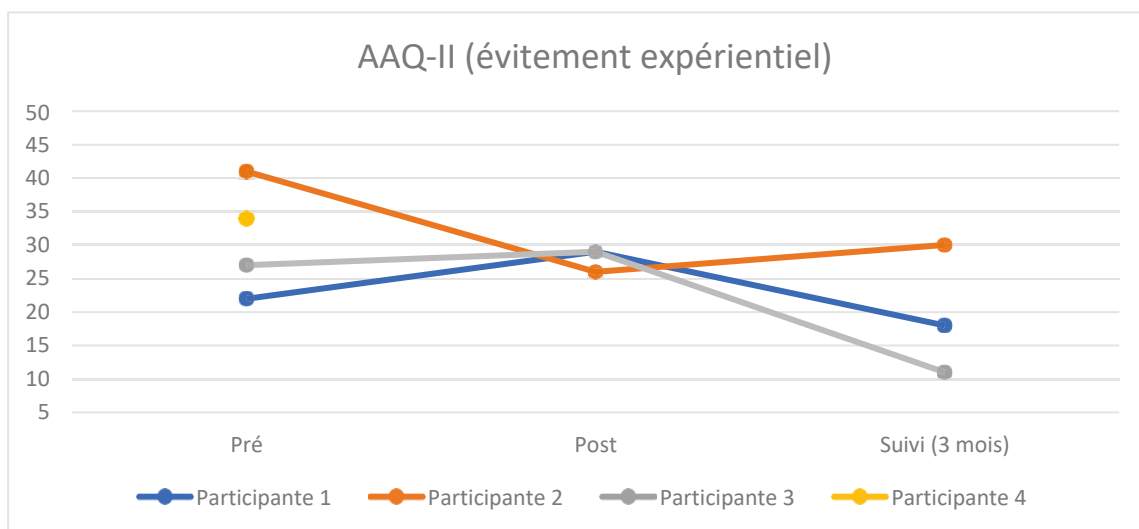


Figure 21. Niveau d'évitement expérientiel (AAQ-II) des participantes à chacun des temps de mesure.

L'inspection visuelle du graphique de la Figure 22 permet d'observer que le niveau de fusion cognitive diminue entre le prétest et le post-test ainsi qu'au suivi après trois mois chez la Participante 3. Le niveau de fusion demeure stable durant l'intervention et il augmente au suivi après trois mois chez la Participante 2. Chez la Participante 1, il augmente entre le prétest et le post-test, et il devient stable au suivi après trois mois.

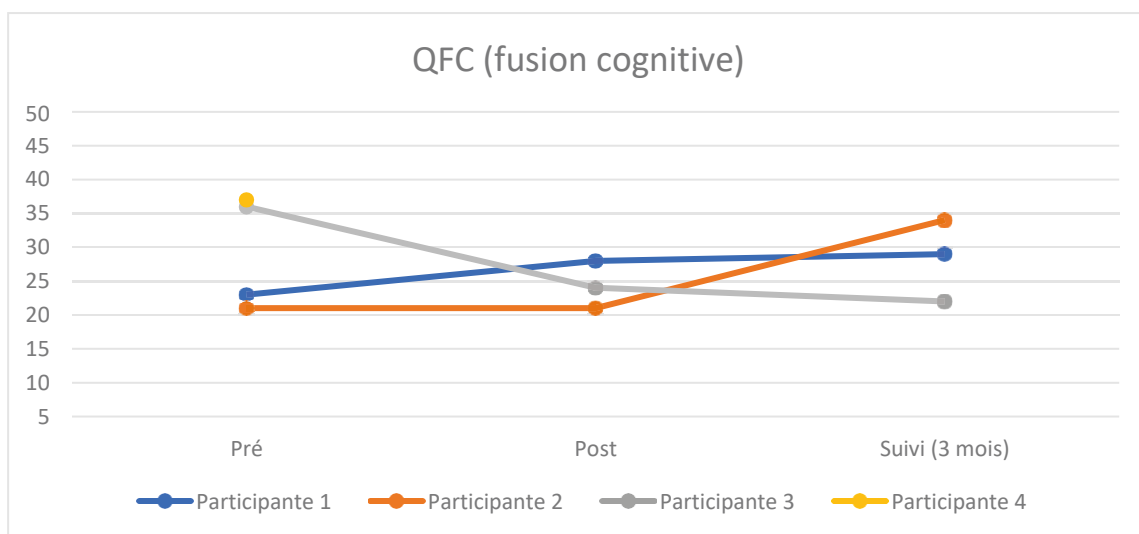


Figure 22. Niveau de fusion cognitive (QFC) des participantes à chacun des temps de mesure.

Enregistrements quotidiens

Participant 1. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 23 permet de constater que le niveau d'évitement chez la Participant 1 n'est pas stable au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a néanmoins été introduit. L'inspection visuelle démontre une augmentation significative ($p < 0,01$) du niveau d'évitement entre le prétest et le post-test, qui équivaut à un grand changement (Tau-U = 0,74).

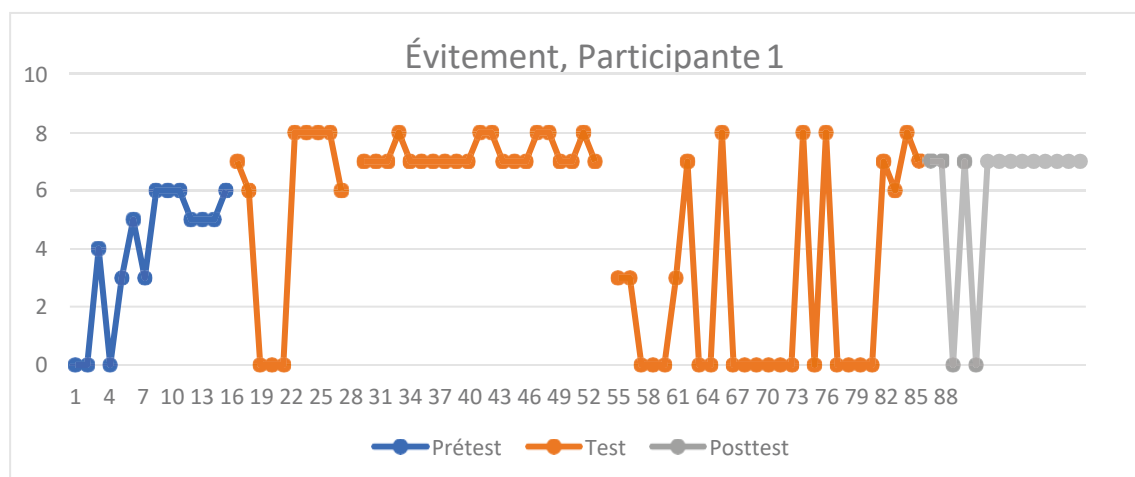


Figure 23. Niveau d'évitement de la Participante 1 à chacun des temps de mesure.

Participante 2. Selon la Figure 24, l'inspection visuelle démontre une certaine stabilité du niveau d'évitement au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle indique une diminution du niveau d'évitement entre le prétest et le post-test; ce changement s'avère grand (Tau-U = -0,76) et significatif ($p < 0,01$).

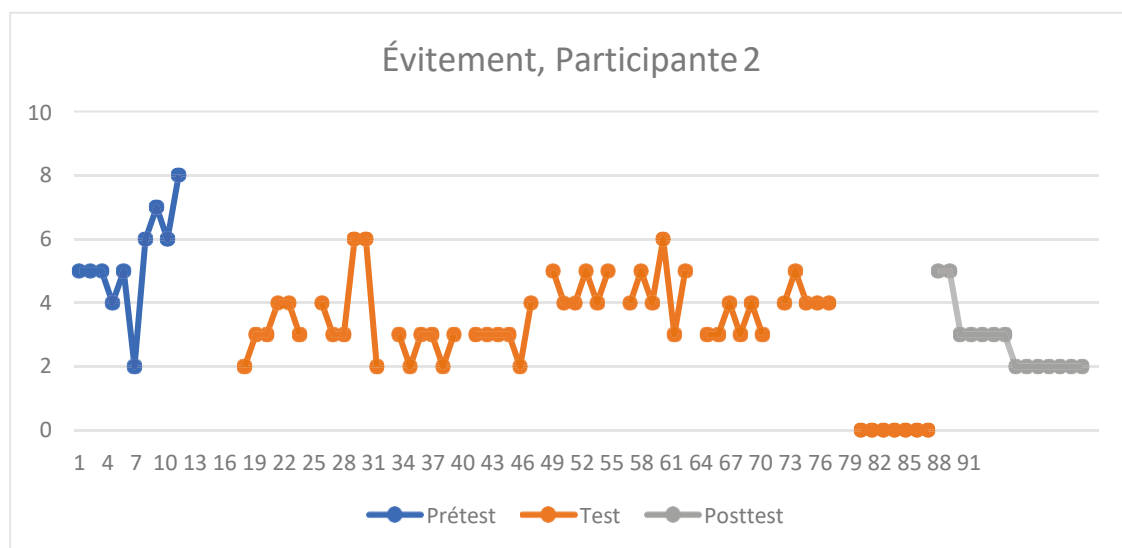


Figure 24. Niveau d'évitement de la Participante 2 à chacun des temps de mesure.

Participant 3. Une certaine stabilité du niveau d'évitement au prétest ressort de l'inspection visuelle du graphique de la Figure 25, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associé au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle permet de remarquer une diminution non significative du niveau d'évitement entre le prétest et le post-test. Les analyses statistiques ne démontrent aucun changement (Tau-U = -0,09) ni de différence statistiquement significative ($p = 0,74$).

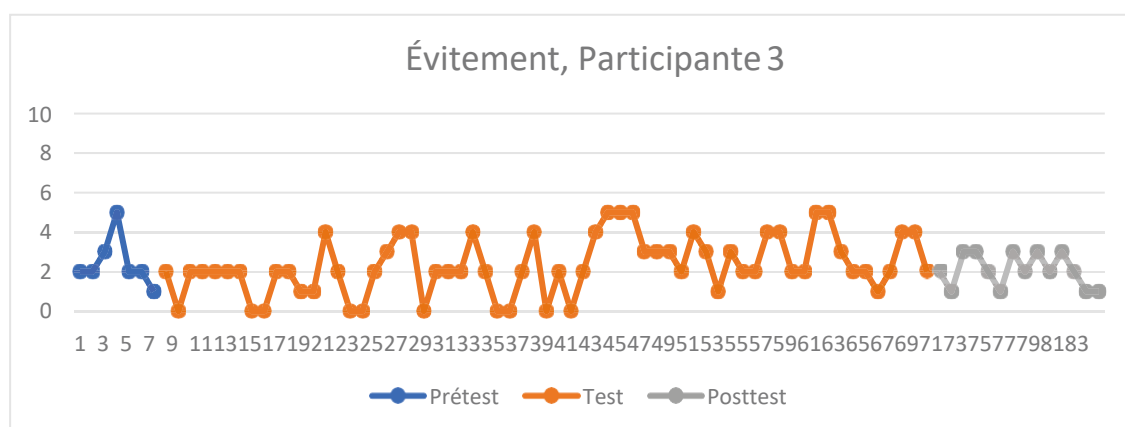


Figure 25. Niveau d'évitement de la Participant 3 à chacun des temps de mesure.

Participant 4. L'inspection visuelle du graphique de la Figure 26 permet de constater une stabilité du niveau d'évitement au prétest, ce que confirme le calcul de la statistique Tau-U associée au test de tendance. Le traitement a ensuite été introduit. L'inspection visuelle indique que le niveau d'évitement augmente entre le prétest et le traitement. Les analyses Tau-U abondent dans le sens d'une augmentation du niveau d'évitement, qui se traduit par un grand changement (Tau-U = 0,74), qui s'avère significatif ($p < 0,01$).

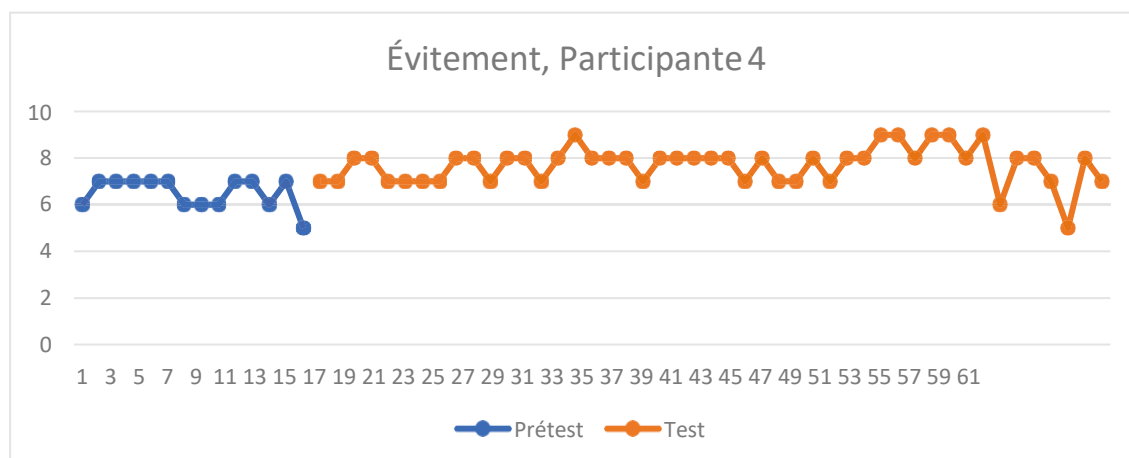


Figure 26. Niveau d'évitement de la Participante 4 à chacun des temps de mesure.

En bref, sur nos deux mesures d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion), seule la Participante 2 note une diminution de son niveau d'évitement expérientiel entre le prétest et le post-test (questionnaire AAQ-II). Bien que le niveau d'évitement expérientiel augmente entre ces deux temps de mesure chez les Participantes 1 et 3, il diminue au suivi après trois mois à des niveaux inférieurs à ceux qui avaient été enregistrés au prétest. Pour ce qui est de la fusion cognitive, seule la Participante 3 rapporte une diminution de son niveau (questionnaire QFC) entre le prétest et le post-test, et cette diminution se poursuit au suivi après trois mois. Le niveau augmente entre le prétest et le post-test chez la Participante 1 et il reste stable chez la Participante 2. Dans les enregistrements quotidiens, l'inflexibilité a été mesurée par un item sur le niveau d'évitement. Le niveau d'évitement diminue chez la Participante 2 seulement, alors qu'il augmente chez les Participantes 1 et 4 et qu'il demeure inchangé chez la Participante 3. Ces résultats ne nous permettent donc pas d'affirmer avec confiance que le traitement ait permis de réduire l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des participantes.

À la lumière de ces résultats, de façon globale, il est possible d'affirmer avec une certaine confiance que le traitement a permis d'améliorer la qualité de vie des participantes, et qu'il a permis de réduire en partie leur anxiété et leur niveau d'inquiétudes. Nous ne pouvons toutefois conclure avec confiance que le traitement est associé à une réduction du niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des participantes.

Dans la prochaine section, les principaux résultats en lien avec chacune des hypothèses seront discutés. Les implications cliniques des résultats seront ensuite étudiées. Les limites ainsi que les forces de la présente recherche suivront et des pistes de recherches futures seront finalement proposées.

Discussion

L'objectif principal de cette recherche était d'évaluer les effets d'une psychothérapie individuelle de 10 semaines basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement auprès d'adultes qui ont un trouble d'anxiété généralisée en utilisant un devis expérimental à cas unique de type AB. Les résultats confirment que le traitement ACT permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui souffrent du TAG. Ils confirment partiellement que ce traitement permet de réduire l'anxiété et de diminuer le niveau d'inquiétudes. Ils ne permettent toutefois pas de conclure que ce traitement diminue l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des personnes qui ont un TAG.

L'amélioration de la qualité de vie

La première hypothèse de cette recherche soutenait que le traitement ACT permet d'améliorer la qualité de vie qui est définie comme des actions cohérentes aux valeurs. La présente étude apporte un appui quant aux effets d'un traitement ACT sur la qualité de vie des gens qui sont atteints du TAG. Au terme de la démarche, les trois participantes (Participantes 1, 2 et 3), qui ont complété le questionnaire long, posent davantage d'actions cohérentes avec leurs valeurs importantes, dans tous les domaines de vie confondus. L'inspection visuelle des enregistrements quotidiens et les analyses Tau-U corroborent les résultats du questionnaire long et indiquent une augmentation du niveau de la qualité de vie chez les Participantes 1, 3 et 4.

Les résultats de la présente recherche vont dans le sens des résultats de la recherche de Hayes et al. (2010), qui ont étudié l'acceptation des expériences internes et l'engagement dans des activités significatives auprès de 43 personnes qui avaient reçu un diagnostic principal de TAG ou un diagnostic de dépression majeure en plus du TAG. À la fin du traitement ABBT, une approche semblable à l'ACT, les clients ont rapporté qu'ils acceptaient non seulement davantage leurs expériences internes, mais qu'ils posaient significativement plus d'actions en relation avec leurs valeurs. Tout comme dans la présente étude, les participants de l'étude de Hayes et al. posaient donc des actions en lien avec ce qui était important pour eux malgré l'inconfort de l'anxiété. À la différence de la présente étude, les participants de l'étude réalisée par Hayes et ses collaboratrices ont pris part soit à un essai contrôlé avec liste d'attente ($n = 27$), soit à un essai ouvert ($n = 16$).

Des résultats similaires ont été obtenus dans l'étude de Villatte et al. (2016), qui a été menée auprès de 15 personnes. Les résultats de cette recherche démontrent que les actions engagées sont en lien avec une plus grande amélioration de la qualité de vie chez des adultes cherchant un traitement pour la dépression et les troubles anxieux. Dans cette étude, les chercheurs ont toutefois choisi un devis différent de celui qui a été utilisé dans la présente étude, soit un devis aléatoire à niveaux de bases multiples.

Puisqu'une diminution de la qualité de vie et des actions posées en direction de ce qui est important pour les personnes est associée au TAG (Michelson et al., 2011), il est essentiel de comprendre ce qui les empêche de passer à l'action. Selon Michelson et ses

collaborateurs, la diminution de la qualité de vie peut partiellement être expliquée par le fait que ces personnes voient leurs expériences internes comme pénibles, ce qui conduit à de l'évitement expérientiel et à une diminution des activités qui sont importantes à leurs yeux.

Au cours de la présente recherche, les participantes ont été invitées à clarifier leurs valeurs et à poser des actions engagées en lien avec celles-ci. Les exercices de centration, les métaphores et les exercices expérientiels leur ont appris à adopter une position d'observatrices face à leurs expériences internes, sans jugement, avec bienveillance. Il est permis de croire qu'en composant différemment avec leurs expériences internes inconfortables, elles ont pu apprendre à être moins envahies par celles-ci, ce qui a pu contribuer à une certaine diminution de leurs comportements d'évitement et à une amélioration de leur qualité de vie.

Le but ultime de l'ACT est d'augmenter la qualité de vie et de poser des actions cohérentes aux valeurs en dépit du fait que les symptômes demeurent présents. Les résultats de la présente recherche sont donc cohérents avec l'objectif poursuivi par l'ACT et corroborent les résultats des recherches ci-haut mentionnées. Son principal apport repose sur le caractère novateur de ce traitement en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie chez les personnes qui souffrent du TAG.

La réduction de l'anxiété et du niveau d'inquiétudes

La deuxième hypothèse de la recherche proposait que le traitement ACT permet aux personnes qui ont un TAG de diminuer leur anxiété et la troisième hypothèse prédisait que le traitement réduirait leur niveau d'inquiétudes. Les résultats obtenus confirment en partie ces deux hypothèses.

En ce qui a trait à l'anxiété, les enregistrements quotidiens démontrent une diminution de l'anxiété chez trois des quatre participantes (Participantes 1, 2 et 4). Les résultats qui découlent du questionnaire long qui a été complété à chacun des trois temps de mesure (pré, post et suivi après trois mois) ne sont pas aussi probants. Ils indiquent une diminution de l'anxiété chez une participante (Participante 3), une stabilité chez une participante (Participante 2) et une augmentation chez une autre participante (Participante 1).

Un scénario semblable se reproduit avec la variable des inquiétudes. Cette fois, les résultats des deux questionnaires longs permettent de conclure à une diminution ou au maintien du niveau d'inquiétudes au suivi après trois mois, sauf chez une participante (Participante 2) dans l'un des questionnaires. Cependant, les résultats des données quotidiennes permettent de constater une diminution du niveau d'inquiétudes chez deux des quatre participantes (Participantes 2 et 4).

En dépit du fait que l'ACT ne vise pas les changements cognitifs ou la réduction des symptômes (Arch & Craske, 2008), il est intéressant d'observer que le traitement ait tout de même permis de réduire partiellement l'anxiété et le niveau d'inquiétudes chez certaines participantes. D'autres études arrivent à des résultats quelque peu différents. Ainsi, les résultats d'une recherche effectuée par Wetherell et al. (2011), menée auprès de sept personnes ayant un TAG, indiquent qu'une thérapie ACT peut se révéler efficace pour réduire les inquiétudes des personnes qui souffrent de ce trouble; cette étude ne permet toutefois pas de conclure à une diminution des symptômes anxieux. Il importe de mentionner que cette étude a été réalisée auprès d'adultes âgés de 60 ans et plus, soit une clientèle différente de celle qui a été ciblée dans la présente recherche, et que le devis utilisé était différent de celui qui a été choisi dans la présente recherche puisque les participants ont été assignés de façon aléatoire, soit au traitement ACT ou au traitement TCC. Dans une autre étude, une amélioration significative relativement aux inquiétudes et à l'anxiété a été constatée chez les personnes qui ont complété une thérapie ABBT, une approche similaire à l'ACT. Cette étude clinique réalisée par Roemer & Orsillo (2007) auprès de 16 personnes avait pour but de vérifier l'efficacité de l'ABBT dans le traitement du TAG. Ces chercheuses ont mené un essai ouvert et des mesures ont été prises lors du prétest, du post-test et du suivi après trois mois. Les résultats de cette étude sont comparables à ceux de l'étude de Hayes-Skelton et al. (2013), lesquelles ont comparé les approches ABBT et AR auprès de 81 personnes qui avaient un diagnostic principal de TAG. Pour ce faire, ces dernières ont réalisé un essai comparatif entre ces deux approches. Elles ont donc utilisé un devis différent de celui que nous avons choisi dans la présente

recherche. Une amélioration significative relativement à l'inquiétude excessive, à la tension, à l'anxiété et aux symptômes du TAG ressort de l'étude de Hayes-Skelton et ses collaboratrices.

Différentes hypothèses peuvent être émises pour expliquer l'inconsistance entre les études. D'abord, les protocoles qui sont utilisés lors du traitement peuvent différer d'une recherche à l'autre. Même si les processus au cœur d'une démarche ACT sont les mêmes, la durée du traitement, le format (individuel ou de groupe) et les exercices proposés peuvent varier. Le degré de sévérité du diagnostic principal, soit le TAG, la présence de diagnostics secondaires et le choix des types d'instruments de mesure (types de questionnaires, enregistrement des données sur une base quotidienne ou hebdomadaire) sont d'autres facteurs à considérer. Ainsi, le *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* a été utilisé dans les trois recherches précédemment citées, tout comme dans la présente étude. Deux de ces recherches (celles de Wetherell et al. et de Hayes-Skelton et al.) ont utilisé le *Hamilton Anxiety Rating Scale*, ce qui ne fut pas le cas dans la présente recherche. Le type de recherche (fondamentale ou appliquée) et la méthode de recherche (expérimentale ou préexpérimentale) peuvent également mener à des différences entre les résultats.

Les résultats de la présente étude sont tout de même intéressants puisqu'ils permettent de croire que les participantes se sont engagées dans l'action, améliorant ainsi

leur qualité de vie, en dépit de leurs inquiétudes et de la présence d'une certaine anxiété. De plus, elles ont vu leur anxiété et leur niveau d'inquiétudes diminuer en partie.

La diminution du niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion)

La quatrième hypothèse de la présente recherche stipulait que le traitement ACT permet aux personnes qui sont atteintes du TAG de diminuer leur niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion). Les résultats obtenus infirment cette hypothèse. En effet, lors du suivi après trois mois, l'évitement expérientiel diminue chez deux participantes (Participantes 1 et 3) et la fusion avec les pensées diminue chez la Participante 3 seulement. L'inspection visuelle des enregistrements quotidiens et les analyses Tau-U démontrent une diminution du niveau d'évitement chez une seule participante (Participante 2).

Contrairement à ce qui était attendu, les résultats obtenus empêchent de conclure que le traitement ACT diminue l'inflexibilité psychologique des personnes qui ont un TAG. Ils n'ont pas permis de démontrer que le traitement ait agi sur la fusion avec les pensées ainsi que sur l'évitement expérientiel et les restrictions comportementales, processus importants dans le TAG et dans ce qui mène au changement.

Compte tenu que les troubles anxieux sont associés à l'inflexibilité psychologique (Kashdan & Rottenberg, 2010) et que celle-ci est la pierre angulaire sur laquelle repose l'ACT (Hayes et al., 2006; Swain et al., 2013), une diminution de l'inflexibilité

psychologique était attendue. La diminution de l'évitement expérientiel, qui est associée à une meilleure flexibilité psychologique ainsi qu'à une meilleure santé psychologique, est d'ailleurs largement documentée par la recherche. Parmi les recherches portant sur le sujet, les résultats d'une étude réalisée par Eustis et al. (2016) indiquent que la diminution de l'évitement expérientiel pourrait être un médiateur commun des symptômes et de la qualité de vie. Dans cette étude, Eustis et ses collaboratrices ont examiné la diminution de l'évitement expérientiel et les tentatives de contrôler ou d'éliminer les expériences internes pénibles, comme un potentiel mécanisme de changement chez les participants qui ont un diagnostic principal de TAG. La recension des écrits ne nous a pas permis de trouver d'études dans lesquelles un traitement ACT ne jouait pas un rôle dans la fusion avec les pensées et dans l'évitement expérientiel.

Différentes hypothèses peuvent être envisagées pour comprendre les résultats de la présente recherche. Il est permis de nous demander si les mesures que nous avons utilisées pour évaluer l'inflexibilité psychologique (le questionnaire AAQ-II qui mesure l'évitement expérientiel et le questionnaire QFC qui mesure la fusion cognitive) constituaient des choix judicieux. Par exemple, selon Wolgast (2014), les énoncés de l'AAQ-II sont plus étroitement liés aux énoncés désignés pour mesurer la détresse que ceux qui sont désignés pour mesurer l'acceptation (ou son contraire, l'évitement expérientiel). La flexibilité psychologique étant un concept large, qui regroupe plusieurs processus, soit l'acceptation, la défusion cognitive, le moment présent, le soi contexte, les valeurs et l'action engagée (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2013), l'ensemble des

processus faisant partie de ce concept central de l'ACT n'a peut-être pas pu être évalué par les instruments de mesure choisis. Le questionnaire *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* - MPFI (Rolffs, Rogge, & Wilson, 2016), aurait pu être utilisé à la place de l'AAQ-II. Puisque le MPFI évalue les six dimensions de la flexibilité et de l'inflexibilité selon le modèle de l'hexaflex, il est permis de croire qu'une lecture plus sensible serait ressortie des résultats associés à la variable de la diminution du niveau d'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) dans la présente recherche.

Malgré le fait que plusieurs stratégies thérapeutiques visant chacun des processus de la flexibilité psychologique se retrouvaient dans le protocole d'intervention utilisé dans la présente recherche, il est permis de nous demander si suffisamment de temps leur a été consacré et si les participantes les ont bien intégrées. De son côté, la chercheure-clinicienne n'a peut-être pas suffisamment intégré le caractère expérientiel de l'approche, qui est au cœur de l'ACT, et l'a possiblement appliquée de façon trop didactique. Selon, Brock, Batten, Walser, & Robb (2015) qui analysent les erreurs les plus fréquentes des cliniciens qui apprennent l'ACT, il est difficile dans les débuts d'adopter une approche expérientielle, de tenir compte de la fonction des exercices ou des métaphores et de les appliquer selon le contexte des clients. Il est permis de croire que l'accent n'a pas été suffisamment mis sur le développement de répertoires comportementaux flexibles dans la vie de tous les jours de chacune des participantes, selon son propre vécu. Ces difficultés, rencontrées au cours de la démarche, ont pu avoir un impact sur les processus reliés à la diminution de l'inflexibilité psychologique.

En résumé, la présente recherche confirme l'hypothèse selon laquelle le traitement ACT permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui sont atteintes du TAG. Les hypothèses à l'effet que ce traitement réduise l'anxiété et les inquiétudes sont partiellement confirmées. Finalement, l'hypothèse voulant que ce traitement diminue l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des personnes qui ont un TAG est infirmée.

Implications cliniques des résultats

La principale implication clinique de cette étude est de démontrer qu'une thérapie ACT offerte dans un contexte individuel et selon un protocole standardisé est un traitement prometteur en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui souffrent du TAG. En se basant sur la recension des écrits qui a été réalisée, il semble que cette recherche soit l'une des seules, à ce jour, portant sur l'ACT et le traitement du TAG auprès d'adultes spécifiquement.

Au lieu de viser la réduction des symptômes, comme la TCC plus traditionnelle, l'ACT cherche à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant du TAG. Une revue de méta-analyses effectuée par Bluett et al. (2014) avait démontré l'efficacité des TCC dans le traitement des troubles anxieux. Un pourcentage significatif d'individus ayant des troubles anxieux ne répond toutefois pas au traitement TCC (Arch & Craske, 2008; Arch et al., 2012; Bluett et al., 2014; Cuijpers et al., 2016). L'ACT pourrait donc constituer une alternative.

Même si l'ACT ne vise pas les changements cognitifs ou la réduction des symptômes, mettant plutôt l'accent sur l'acceptation des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie (Arch & Craske, 2008), les résultats de la recherche indiquent au thérapeute que la réduction des symptômes peut survenir au cours du traitement. Cette cible d'intervention est d'ailleurs tout indiquée, car le client qui consulte un thérapeute le fait souvent pour diminuer la souffrance causée par son anxiété ou ses inquiétudes. Puisque l'ACT est une approche transdiagnostique (Hayes et al., 2012), le thérapeute qui l'utilise agit, par le fait même, sur les troubles concomitants que peuvent présenter certains de ses clients. En appliquant les principes fondamentaux sur lesquels repose l'ACT, il pourra ainsi enrichir ses interventions et favoriser le mieux-être de ses clients. En plus de cet aspect novateur, le clinicien pourra être intéressé par le fait que l'ACT soit une thérapie à court terme.

Cette recherche rappelle au clinicien l'importance d'encourager ses clients à poser des actions en direction de ce qui est important pour eux. L'ACT leur apprend à cesser de lutter avec les sensations désagréables qui proviennent de leur anxiété (Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005, cité dans Sharp, 2012; Eifert et al., 2009), et à mettre l'accent sur l'amélioration de leur qualité de vie plutôt que sur la réduction de l'anxiété (Hayes, 2004).

En constatant que l'ACT peut constituer une alternative intéressante dans le traitement du TAG, et possiblement devenir un traitement de première intention, les thérapeutes se laisseront peut-être inspirer par les composantes de cette approche qu'ils

intégreront à leur pratique. Rappelons que l'ACT est axée sur les stratégies expérientielles, p. ex., métaphores, exercices d'observation ainsi que sur les stratégies verbales et didactiques, p. ex., défusion cognitive, psychoéducation (Hayes & al., 2006). Plusieurs de ces stratégies se trouvent dans le protocole d'intervention qui a été utilisé dans la présente recherche. Ce protocole que la chercheure-clinicienne a traduit (Eifert & Forsyth, 2005), adapté et expérimenté pourrait éventuellement être mis à la disposition des cliniciens francophones. D'autres milieux, aussi bien des thérapeutes exerçant en pratique privée que dans les CISSS, pourraient l'utiliser auprès de leurs clients présentant un TAG, que ce soit dans une démarche individuelle ou de groupe.

Somme toute, les thérapeutes qui ont des clients atteints du TAG retrouveront, dans cette recherche, des connaissances qui pourront leur être utiles dans leur pratique clinique.

Limites de l'étude

Bien que les résultats de cette recherche soient encourageants, il importe de les interpréter avec prudence à la lumière des limites suivantes. D'abord, malgré les forces des protocoles à cas unique qui permettent d'évaluer avec une certaine confiance si une intervention est à l'origine du changement escompté (Holman & Koerner, 2014), le type AB n'assure qu'un faible contrôle expérimental des variables parasites, ce qui en menace la validité interne (Juhel, 2008; Rizvi & Nock, 2008). Selon Rizvi et Nock, plusieurs raisons, autres que l'intervention, peuvent expliquer le changement du comportement ciblé, incluant le simple passage du temps, la régression vers la moyenne ou la survenance

d'un autre événement qui était responsable du changement. Le devis AB permet donc d'observer le changement, mais il n'identifie pas ce qui l'a produit. Un protocole à niveaux de base multiples aurait permis de bonifier le devis de recherche. Sa force vient de la démonstration que le changement survient quand, et seulement quand, l'intervention est dirigée vers le comportement, le paramètre ou la personne en particulier (Rizvi & Nock, 2008).

De même, nous devons considérer le fait que les niveaux de base permettant de vérifier la stabilité des comportements ciblés lors de la période de référence, c'est-à-dire avant l'introduction du traitement, n'ont pas été atteints à quelques reprises. L'enjeu lié à l'établissement d'un niveau de base stable provient du fait que l'objectif principal sur le plan clinique est l'intervention et que le facteur temps est généralement important (Holman & Koerner, 2014). Il peut donc s'avérer non judicieux, sur le plan éthique, d'attendre la stabilité du niveau de base avant d'introduire le traitement. Néanmoins, en général, quand les résultats semblent stables lors de la période de référence, nous pouvons être plus confiants quant au fait que le changement soit attribuable à l'intervention plutôt qu'à d'autres facteurs (Holman & Koerner, 2014). Le non-respect d'un court temps de latence d'une phase à l'autre, comme le stipule un devis AB, constitue également une limite.

Afin de nous assurer que les changements observés représentaient une réelle amélioration sur le plan clinique et ne reflétaient pas simplement une erreur de mesure, il

aurait été pertinent lors de l'analyse des questionnaires longs d'établir un indice pour mesurer l'ampleur du changement clinique. Le calcul de points de coupure aurait permis d'établir le point à partir duquel le changement aurait pu être considéré à un degré cliniquement significatif lors de l'évaluation faite au post-traitement (Jacobson et Truax, 1991). Cette démarche statistique pourrait être entreprise lors d'un processus menant à une publication future.

Par ailleurs, même s'il était pertinent d'avoir un petit échantillon en raison du caractère préliminaire de notre recherche, la taille de celui-ci ne nous permet pas de généraliser les résultats de l'étude. Le fait qu'il ait été composé uniquement de personnes de sexe féminin, francophones et caucasiennes ajoute à la difficulté de généraliser les résultats à l'ensemble de la population adulte ou à d'autres groupes culturels.

Différents facteurs humains doivent également être considérés dans l'interprétation des résultats. Les résultats d'une recherche effectuée par Middleton, Shaw, Collier, Purser, & Ferguson (2011) appuient la prédominance des facteurs relationnels dans la pratique en santé mentale. En ce sens, nous devons tenir compte de l'importance du lien entre la relation thérapeutique et les résultats de la psychothérapie, sachant que ce facteur, qui figure parmi les facteurs communs entre les différentes orientations thérapeutiques, semble celui qui influence le plus le changement (Bachelart, Bioy, & Bénony, 2011). Les caractéristiques du psychothérapeute, du client et de la relation thérapeutique sont étroitement liées à l'efficacité des techniques utilisées par le thérapeute et de ses

interventions (Lecomte, Drouin, Savard, & Guillon, 2004). Tous ces facteurs ont donc pu influencer les résultats de la recherche et faire en sorte que les résultats obtenus ne découlent pas uniquement de l'application du protocole ACT.

Un autre élément retient notre attention, soit le fait que la chercheure-clinicienne en était à sa première expérimentation du protocole d'intervention. Sa compréhension du contenu et des exercices utilisés évoluait d'une rencontre à l'autre. De plus, puisque la chercheure-clinicienne était également la psychothérapeute, un biais a pu être introduit et ainsi affecter la justesse des résultats. Le fait que les participantes aient été informées que la chercheure-clinicienne n'aurait accès aux données de la recherche qu'à la fin de la démarche et que les mesures quotidiennes ainsi que les questionnaires étaient déposés dans une enveloppe cachetée a pu néanmoins atténuer ce biais. La désirabilité sociale doit aussi être prise en compte dans l'interprétation des résultats puisque des questionnaires autorapportés ont été utilisés.

Nous devons aussi tenir compte du fait que les propriétés psychométriques n'ont pas été établies pour la version francophone du *Questionnaire de Valeurs de Vie II* (Wilson et al., 2010). Cette mesure a été utilisée pour évaluer l'amélioration de la qualité de vie des participantes. Or, il est permis de nous demander si une mesure qui est associée aux valeurs équivaut à une mesure de la qualité de vie. Les résultats qui en découlent doivent donc être interprétés avec nuance.

Finalement, il aurait été intéressant d'administrer l'ADIS-IV à la fin du traitement afin de comparer les scores cliniques entre le début du traitement et la fin de celui-ci, ce qui aurait permis d'évaluer l'amélioration clinique.

Forces de l'étude

Malgré ces limites, cette étude fournit un apport intéressant à l'avancement des connaissances puisqu'elle est l'une des premières à avoir été réalisée afin de démontrer l'efficacité du traitement ACT auprès d'adultes qui ont un TAG. Les résultats de l'étude révèlent des informations additionnelles sur cette approche auprès de cette clientèle spécifique.

L'utilisation d'un protocole d'intervention standardisé est une autre force de la présente recherche. Il y a eu peu d'expérimentations utilisant un protocole d'intervention standardisé de l'ACT pour les troubles anxieux (Codd et al., 2011). Il existe quelques traitements portant sur les troubles anxieux qui sont largement basés sur l'ACT, mais qui diffèrent quelque peu [ABBT, AEBT - *Acceptance Enhanced Behavior Therapy* - et MAGT - *Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy*] (Bluett et al., 2014). L'étude de Wetherell et al. (2011) est la seule à avoir été publiée au cours de laquelle des chercheurs ont appliqué un protocole ACT pour traiter des patients ayant un TAG (Sharp, 2012), mais rappelons qu'il s'agissait toutefois d'adultes âgés de 60 ans et plus.

À la différence d'autres études, une force de la présente étude réside dans l'utilisation de mesures quotidiennes, qui rendent compte avec une plus grande sensibilité de l'évolution des comportements et permettent d'obtenir une grande précision quant à l'évaluation des variables. Elles ont permis d'évaluer la qualité de vie, l'anxiété, les inquiétudes et l'évitement au jour le jour et de suivre l'évolution des participantes tout au long de la psychothérapie.

Pistes de recherches futures

La diminution de l'évitement expérientiel, qui est associé à une meilleure flexibilité psychologique, est un facteur à considérer dans le traitement du TAG. Or, cette recherche n'a pas démontré que le traitement ACT ait diminué l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des participantes, et ce, même si elles ont posé des actions valorisées. Ce résultat confirme l'importance de poursuivre la recherche afin d'approfondir le sujet.

Des études expérimentales, qui permettraient de comparer un groupe de personnes qui ont un TAG et qui reçoivent un traitement ACT à un groupe témoin en liste d'attente, pourraient nous aider à mieux comprendre si l'exposition aux phénomènes internes constitue un levier pour s'engager dans des actions en lien avec ce qui est le plus important pour ces personnes. Des études expérimentales futures pourraient aussi comparer un groupe de personnes qui sont atteintes du TAG et qui reçoivent un traitement ACT à un groupe de personnes qui ont ce diagnostic, mais qui reçoivent un traitement TCC traditionnel. Somme toute, des études additionnelles sur l'ACT et le TAG pourraient être

réalisées afin de mieux comprendre les effets de l'ACT sur la qualité de vie, les symptômes et les processus de changement.

Des recherches futures pourraient identifier, de plus, les stratégies expérientielles et didactiques qui sont utiles pour les participants et qui leur permettent au quotidien de mieux composer avec l'inconfort de l'anxiété et d'avoir une meilleure qualité de vie. Il pourrait être judicieux de cerner les stratégies qui les incitent à poser des actions vers une vie riche et pleine de sens. Un devis qualitatif pourrait être utilisé afin de mieux comprendre les effets et les processus associés à un traitement ACT du point de vue des participants.

Conclusion

La présente étude est l'une des premières à avoir été réalisée dans le but d'évaluer l'efficacité du traitement ACT auprès d'adultes qui ont un TAG. Les hypothèses proposaient que ce traitement permet d'améliorer la qualité de vie définie comme des actions cohérentes aux valeurs, de réduire l'anxiété ainsi que les inquiétudes et de diminuer l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion).

Les résultats de la recherche confirment que le traitement ACT permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui sont atteintes du TAG. Ils confirment partiellement que ce traitement permet de réduire l'anxiété et le niveau d'inquiétudes. Ils ne permettent toutefois pas de conclure que ce traitement diminue l'inflexibilité psychologique (évitement, fusion) des personnes qui souffrent du TAG.

Les résultats démontrent que le traitement ACT permet de poser des actions, malgré l'anxiété, dans le but d'améliorer la qualité de vie. Associées aux valeurs, les actions sont le moteur du changement (Hayes et al., 2012). Elles sont jugées comme étant efficaces lorsqu'elles nous aident à avancer en direction de nos valeurs (Dionne et al., 2013), lorsqu'elles améliorent notre qualité de vie (Harris, 2009).

Même si les changements cognitifs ou la réduction des symptômes ne sont pas recherchés par l'ACT (Arch & Craske, 2008), il est intéressant de constater que l'anxiété et les inquiétudes peuvent tout de même diminuer durant le traitement.

Contrairement à ce qui était attendu, les résultats obtenus dans la présente recherche empêchent de conclure que le traitement ACT diminue l'inflexibilité psychologique (évitement fusion) des personnes qui ont un TAG.

Dans son ensemble, cette étude améliore notre compréhension des effets de l'ACT chez les personnes qui souffrent du TAG. Les résultats de celle-ci amènent des pistes de réflexion additionnelles et soulèvent la pertinence de poursuivre les recherches afin d'approfondir le sujet.

Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Traduction française par M.-A. Crocq & J. D. Guelfi. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioural therapy for anxiety disorders : Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology : Science and Practice*, 15, 263-279.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 750-765.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Change*, 31(2), 110-130.
- Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(8), 485-489.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders : An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 612-624.

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II : A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY : Guilford Press.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T. et DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Brock, M. J., Batten, S. V., Walser, R. D., & Robb, H. B. (2015). Recognizing common clinical mistakes in ACT : A quick analysis and call to awareness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 139-143.
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale – Théorie et pratique*. Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- Codd, R., Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 25(3), 203-217.
- Côté, S., & Bouchard, S. (2006). La réalité virtuelle, un outil novateur en psychothérapie. *Psychologie Québec*, 23(4), 14-17.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder : A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130-140.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Morais Peixoto, E., Martel, M.-E., Gillanders, D., & Monestès, J.-L. (2016). « Buying into thoughts » : Validation of a French translation of the cognitive fusion questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(4), 278-285.
- Dionne, F., Ngô, T.L., & Blais, M-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2) 111-130.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11(1), 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder : A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing : Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders : A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New York, NY : Guilford Press.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders : Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy*, 87, 188-195.
- Fisher, A. J., & Newman, M. G. (2016). Reductions in the diurnal rigidity of anxiety predict treatment outcome in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 79, 46-55.
- Fracalanza, K., Koerner, N., & Antony, M. M. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 559-569.

- Fricchione, G. (2004). Generalized anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, 351, 675-682.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du *State-Trait Anxiety Inventory* de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step : A simple guide and reference 11.0 update* (4^e éd.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ...Remington, R. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Gorini, A., & Riva, G. (2008). Virtual reality in anxiety disorders : The past and the future. *Expert Review Neurotherapeutics*, 8(2), 215-233.
- Gosselin, P. (2011). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans O. Fontaine et P. Fontaine (Éds), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris, France : Retz.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du *Penn State Worry Questionnaire*. *L'Encéphale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29(1), 351-361.
- Gould, R. A., Safren, S. A., Washington, D. O., & Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice*(pp. 248-264). New York, NY : Guilford Press.
- Guitard, T., Laforest, M., & Bouchard, S. (2014). Generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder : Efficacy and the development of virtual environments. Dans B. K. Wiederhold & S. Bouchard (Éds), *Advances in Virtual Reality and Anxiety Disorders* (pp. 235-257). New York, NY : Springer.
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur - Créez la vie que vous voulez*. Montréal, Canada : Les Éditions de l'Homme.

- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders : A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK : Oxford University Press.
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance based behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 238-245.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb Vilardaga, J. C., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Exploring the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masada, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy : Model processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., & Sackett, C. (2005). Acceptance and commitment therapy. Dans M. Hersen, J. Rosqvitt, A. M. Gross, R. S. Drabman, G. Sugai, & R. Horner (Éds), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy : Volume(1) : Adult clinical applications, Volume (2) : Child clinical applications, Volume (3) : Educational applications*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy – The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York, NY : Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware and active : Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 761-773.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy : A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427-440.
- Hofmann, S. G., & Smith, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety : A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 621-632.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*(1), 72-90.
- Holman, G., & Koerner, K. (2014). Single case designs in clinical practice : A contemporary CBS perspective on why and how to. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 138-147.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. Repéré à https://www.cochrane.org/CD001848/DEPRESSN_psychological-therapies-for-people-with-generalised-anxiety-disorder
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Juhel, J. (2008). Les protocoles individuels dans l'évaluation par le psychologue praticien de l'efficacité de son intervention. *Pratiques psychologiques, 14*, 357-373.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865-878.
- Kessler, R. C., & Greenberg, P. E. (2002). The economic burden of anxiety and stress disorders. Dans K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle, & C. Nemeroff (Éds), *Neuropsychopharmacology : The fifth generation of progress* (pp. 981-992). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H.-U. (2004). Epidemiology. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (pp. 29-50). New York, NY : Guilford Press.

- Labbé Thibault, P. (2017). Effet de l'exposition en réalité virtuelle sur les symptômes du trouble d'anxiété généralisée. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/10373>
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales* (chap. 3). Paris, France : Edisem.
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. A. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders : A concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
- Lecomte, C., Drouin, M.-S., Savard, R., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model : A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43, 741-756.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY : Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT : An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. Oakland, CA : New Harbinger.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches : Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (pp. 109-142). New York, NY : Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder : A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 606-618.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research & Therapy*, 28(6), 487-495.

- Michelson, S. E., Lee, J. K., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 358-366.
- Middleton, H., Shaw, R., Collier, R., Purser, A., & Ferguson, B. (2011). The dodo bird verdict and the elephant in the room : A service user-led investigation of crisis resolution and home treatment. *Health Sociology Review*, 20(2), 147-156.
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308.
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Noyes, R., Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 41-55.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2^e éd.). New York, NY : McGraw-Hill.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Barlow, D. H. (2001). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive behavioral treatment for GAD : A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 222-230.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J., Lejeune, C., & Herbert, J. D. (2004). ACT with anxiety disorders. Dans S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Éds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 103-132). New York, NY : Springer Science & Business Media.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research : Tau-U. *Behavior Therapy*, 42, 284-299.
- Pelletier, L., O'Donnell, S., McRae, L., & Grenier, J. (2017). The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 37(2), 54-62.
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 498-510.

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder : Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 54-68.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder : Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083-1089.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD : Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2016). Disentangling components of flexibility via the hexaflex model : Development and validation of the multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458-482. doi : [10.1177/1073191116645905](https://doi.org/10.1177/1073191116645905)
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy : A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-357.
- Santé Canada (2013, 24 octobre). Votre santé et vous. *Santé mentale – Troubles anxieux*. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/anxiety-anxieux-fra.php>
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : Guide clinique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2000). *Abnormal psychology* (4^e éd.). New York, NY : W.W. Norton & Company.
- Sharp, K. (2012). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 359-372.
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs : A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510-550.

- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders : A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 100-113.
- Spielberger, C. D. (1983). *Inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y)*. Paris, France : Centre de psychologie appliquée.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 965-978.
- Tolin, D. F., Gilliam, C. M., & Dufresne, D. (2010). The economic and social burden of anxiety disorders. Dans D. J. Stein, E. Hollander, & B. O. Rothbaum (Éds). *Textbook of anxiety disorders* (2^e éd.), pp. 731-746. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2011). An acceptance-based behavioral therapy for GAD : Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, 28(2), 127-136.
- Vannest, K. J., & Ninci, J. (2015). Evaluating intervention effects in single-case research designs. *Journal of Counseling & Development*, 93, 403-411.
- Vilardaga, R., Bricker, J., & McDonell, M. (2014). The promise of mobile technologies and single case designs for the study of individuals in their natural environment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 148-153.
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy modules : Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52-61.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry : A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD : Metacognitions and pathological worry. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (pp. 109-142). New York, NY : Guilford Press.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 585-594.

- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults : A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127-134.
- Wilson K. G., & Murrell A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy : Setting a course for behavioral treatment. Dans S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Éds), *Mindfulness & Acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York, NY : Guilford Press.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire : defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder : prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders : A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 786-799.
- Wolpe, J. (1997). From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders : A continuing evolution. Dans J. K. Zeig (Éd.), *The evolution of psychotherapy : The third conference* (pp. 107-116). New York, NY : Brunner/Mazel.

Appendice A

Critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée selon le DSM-5

Critères diagnostiques

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

N.B. : Un seul item est requis chez l'enfant.

- (1) Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
- (2) Fatigabilité.
- (3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
- (4) Irritabilité.
- (5) Tension musculaire.
- (6) Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

- D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale (phobie sociale), contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

Appendice B

Processus de la flexibilité psychologique

Les processus de la flexibilité psychologique de la thérapie d'acceptation et d'engagement

Processus	Définition
Acceptation	Habilité qui consiste à accueillir les sensations désagréables comme l'anxiété, la fatigue, les pensées négatives et les émotions désagréables de façon à poursuivre les activités importantes pour soi.
Défusion cognitive	Habilité qui permet de se détacher de ses pensées et de les considérer comme des conceptions de l'esprit et du langage qui ne constituent pas nécessairement des expériences réelles ou des vérités absolues. Dans la défusion, les cognitions ne prennent plus le contrôle sur les actions.
Moment présent et flexibilité attentionnelle	Habilité qui consiste à (1) reconnaître que l'on est absorbé par ses pensées, généralement reliées au futur (comme les inquiétudes) ou au passé (comme les ruminations au sujet de l'anxiété); (2) ramener son attention sur le moment présent (p.ex., sur l'exécution d'une tâche ou d'une activité).
Soi contexte et prise de perspective	Habilité qui permet de prendre une distance, de se « déidentifier » de ses sensations douloureuses, de ses pensées et de ses émotions afin d'expérimenter un soi distinct de ses événements psychologiques.
Valeurs	Source de renforcement positif, intrinsèque et durable pour l'individu (relations familiales, sociales, professionnelles, etc.).

Appendice C

Annonce pour le recrutement des participants

**RECHERCHONS DES PARTICIPANTS
POUR PRENDRE PART À UNE ÉTUDE SUR L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
DANS LE CADRE D'UN DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE**

Souffrez-vous d'inquiétudes excessives? Avez-vous un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée? Si oui, vous pourriez participer à un projet de recherche et prendre part à une démarche individuelle comprenant 10 séances d'une heure. Les participants bénéficieront d'un suivi thérapeutique sans frais. Les personnes intéressées par l'étude sont invitées à téléphoner au 418-226-XXXX, au plus tard le 11 mars 2016.

Appendice D

Le flux des participants au cours de l'étude

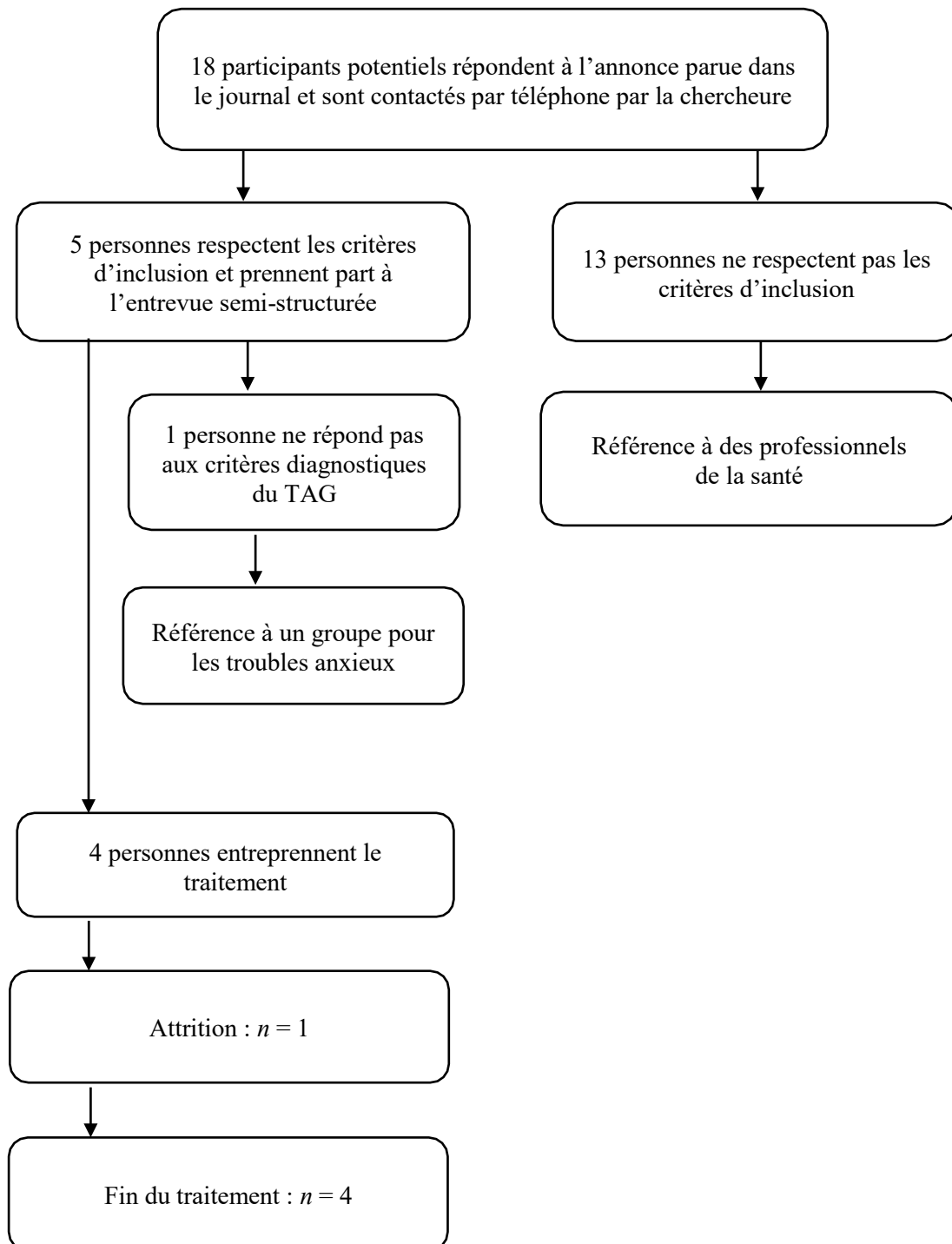


Figure 27. Le flux des participants au cours de l'étude.

Appendice E
Instruments de collecte de données

QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SOCIOLOGIQUES

1. Date de naissance: _____
Jour / Mois / Année

2. Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

LES ÉTUDES

3. Nombre d'années de scolarité cumulées jusqu'à maintenant (comptez à partir de la 1^{re} année du primaire):

4. Quel est le niveau d'études qui correspond à votre situation actuelle? (cochez une seule case)

- a) ☐ Moins d'un secondaire V
- b) ☐ Secondaire V terminé (DES)
- c) Études professionnelles (DEP, ASP) Concentration : _____
☐ En cours ☐ Abandonnées ☐ Complétées
- d) Études collégiales Concentration : _____
☐ En cours ☐ Abandonnées ☐ Complétées
- e) Études universitaires Concentration : _____
☐ En cours ☐ Abandonnées

L'EMPLOI ET LES REVENUS

5. Actuellement, avez-vous un emploi ? ☐ Non
☐ Oui → Combien d'heures par semaine ? _____
6. Quel est votre revenu annuel personnel avant les déductions d'impôt (incluant vos prêts et bourses et l'argent que vos parents vous donnent)? _____

L'ÉTAT CIVIL

7. ☐ Marié(e)
☐ Séparé(e)
☐ Divorcé(e)
☐ Veuf-veuve
☐ Conjoint(e) de fait
☐ Célibataire

LES CONSULTATIONS ANTÉRIEURES

8. Au cours de la dernière année, êtes-vous allé(e) consulter un professionnel de la santé mentale (psychologue, travailleur social, psychiatre, etc.) ?

- Seul(e) ☐ Non ☐ Oui → Nombre de rencontres : _____
- En couple ou en famille ☐ Non ☐ Oui → Nombre de rencontres : _____

QUESTIONNAIRE DE VALEURS DE VIE II
(VALUED LIVING QUESTIONNAIRE-II)

Voici des domaines de vie qui sont importants pour certaines personnes. Ce questionnaire concerne votre qualité de vie dans chacun de ces domaines. Il y a un certain nombre d'aspects que vous serez invité à évaluer au moyen des questions posées ci-dessous. Tout le monde n'attache pas la même importance à tous ces domaines ou attache la même importance à tous ces domaines. Notez chaque domaine selon **votre propre opinion.**

Possibilité – Quelle est la possibilité que quelque chose de très important puisse arriver dans ce domaine dans votre vie? Notez sur une échelle de 1 à 10. 1 voulant dire pas du tout possible et 10 que c'est très possible.

Importance actuelle – Quelle est l'importance de ce domaine dans votre vie présente? Évaluez l'importance sur une échelle de 1 à 10. 1 voulant dire que ce domaine n'est pas du tout important et 10 qu'il est très important.

Importance générale – Quelle est l'importance de ce domaine dans votre vie, en général? Évaluez l'importance sur une échelle de 1 à 10. 1 voulant dire que ce domaine n'est pas du tout important et 10 qu'il est très important.

Action – Dans quelle mesure avez-vous agi pour avancer dans ce domaine au cours de la semaine passée? Évaluez votre niveau d'action sur une échelle de 1 à 10. 1 voulant dire que vous n'avez pas du tout été actif pour cette valeur, et 10 que vous avez été très actif pour cette valeur.

Satisfaction avec le Niveau d'Action – Êtes-vous satisfait de votre quantité d'actions dans ce domaine au cours de la semaine passée? Évaluez votre niveau de satisfaction avec votre quantité d'actions sur une échelle de 1 à 10. 1 voulant dire que vous n'êtes pas du tout satisfait, et 10 que vous êtes complètement satisfait de votre quantité d'actions dans ce domaine.

Inquiétude – Êtes-vous soucieux que ce domaine puisse ne pas progresser comme vous voudriez? Évaluez votre niveau d'inquiétude sur une échelle de 1 à 10. 1 voulant dire que vous n'êtes pas du tout inquiet, et 10 que vous êtes très inquiet.

	Possibilité	Importance Actuelle	Importance Générale	Action	Satisfaction Avec Action	Inquiétude
1. Famille (autre que relation intime ou rôle de parent)						
2. Mariage/couple/relations intimes						
3. Rôle de parent						
4. Amis/vie sociale						
5. Travail						
6. Éducation/Formation						
7. Récréation/loisirs						
8. Spiritualité						
9. Citoyenneté/Communauté						
10. Soins physiques personnels (alimentation/exercice/sommeil)						

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE - IASTA (forme Y-1)

Ce questionnaire contient un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé puis indiquez à droite comment vous vous sentez **maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **MAINTENANT**.

	Beaucoup	Modérément	Un peu	Pas du tout
1) Présentement, je suis calme				
2) Présentement, je me sens en sécurité				
3) Présentement, je suis tendue(e)				
4) Présentement, je me sens surmené(e)				
5) Présentement, je me sens tranquille				
6) Présentement, je me sens bouleversé (e)				
7) Présentement, je suis préoccupé(e) par des malheurs possibles				
8) Présentement, je me sens comblé(e)				
9) Présentement, je me sens effrayé (e)				
10) Présentement, je me sens à l'aise				
11) Présentement, je me sens sûr(e) de moi				
12) Présentement, je me sens nerveux(e)				
13) Présentement, je me sens affolé (e)				
14) Présentement, je me sens indécis (e)				
15) Présentement, je suis détendu(e)				
16) Présentement, je me sens satisfait(e)				
17) Présentement, je suis préoccupé(e)				
18) Présentement, je me sens tout mêlé (e)				
19) Présentement, je sens que j'ai les nerfs solides				
20) Présentement, je me sens bien				

QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DE PENN STATE

Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants vous correspond (écrivez le numéro vous représentant le mieux en tête de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout caractéristique	Un peu caractéristique	Assez caractéristique	Très caractéristique	Extrêmement caractéristique

- _____ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'en inquiète pas.
- _____ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- _____ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- _____ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- _____ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter, mais je n'y peux rien.
- _____ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- _____ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- _____ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- _____ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- _____ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- _____ 11. Quand je ne peux plus rien faire au sujet d'un souci, je ne m'en inquiète plus.
- _____ 12. J'ai été un inquiet tout au long de ma vie.
- _____ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- _____ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux plus m'arrêter.
- _____ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- _____ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient terminés.

QUESTIONNAIRE SUR L'INQUIÉTUDE ET L'ANXIÉTÉ (QIA) – ABRÉGÉ

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

a) _____	d) _____
b) _____	e) _____
c) _____	f) _____

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement excessives				Modérément excessives				Complètement excessives

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives? (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais				1 jour sur 2				À tous les jours

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter? (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune difficulté				Difficulté modérée				Difficulté extrême

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? (Cotez chaque sensation à l'aide de l'échelle)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

- _____ Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif
- _____ Facilement fatigué-e
- _____ Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire
- _____ Irritabilité
- _____ Tensions musculaires
- _____ Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc.? (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévérement

QUESTIONNAIRE D'ACCEPTATION ET D'ACTION (AAQ-II)

Voici une liste d'affirmations. Merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai

1. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire.	1	2	3	4	5	6	7
2. J'ai peur de mes émotions.	1	2	3	4	5	6	7
3. J'ai peur ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie.	1	2	3	4	5	6	7
5. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
6. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mes soucis m'empêchent de réussir.	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONNAIRE DE FUSION COGNITIVE (QFC)

Voici une liste d'affirmations. Merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai

1. Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je suis tellement pris par mes pensées que je suis incapable de faire les choses que je veux vraiment faire.	1	2	3	4	5	6	7
3. J'analyse trop les situations au point que cela devient inutile pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je lutte contre mes pensées.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je m'agace moi-même d'avoir certaines pensées.	1	2	3	4	5	6	7
6. J'ai tendance à être très pris par mes pensées.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je dois lutter énormément pour laisser tomber mes pensées désagréables, même si je sais bien que cela m'aiderait.	1	2	3	4	5	6	7

Appendice F

Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui s'intitule « Traiter le trouble d'anxiété généralisée par la thérapie d'acceptation et d'engagement ». Le projet est réalisé par Sylvie Rousseau, psychologue, étudiante au doctorat en psychologie, cheminement pour psychologues en exercice, à l'Université de Sherbrooke. Frédérick Dionne, Ph.D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, dirige le projet de recherche.

Objectif du projet de recherche

Le principal objectif de cette étude préliminaire est de déterminer si la thérapie d'acceptation et d'engagement permet aux adultes qui souffrent du trouble d'anxiété généralisée d'améliorer leur qualité de vie et leur anxiété.

Raison et nature de ma participation

Une fois que vous aurez pris part à une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer la présence du trouble d'anxiété généralisée, nous vous demanderons de compléter des questionnaires en lien avec le sujet de la recherche. Cela vous demandera entre 20 et 30 minutes. Vous aurez ensuite à remplir un questionnaire sur votre niveau d'anxiété sur une base quotidienne durant les deux semaines qui précéderont le début du traitement. Cela nécessitera environ cinq minutes par jour. Vous serez ensuite invité à prendre part à une démarche individuelle comprenant 10 séances hebdomadaires, d'une durée d'une heure chacune, qui sera menée par la chercheure-clinicienne, à son bureau situé à St-Georges de

Beauce. Entre les séances, vous aurez à remplir un questionnaire qui portera sur votre niveau d'anxiété, ce qui vous demandera environ cinq minutes par jour. Durant le traitement, vous aurez aussi à compléter deux exercices sur une base quotidienne, ce qui vous demandera environ 5 minutes par exercice. Trois mois après la fin de la thérapie, nous vous demanderons de nouveau de compléter des questionnaires afin de comparer les résultats à ceux qui auront été obtenus à la fin du traitement.

Avantages pouvant découler de votre participation

En plus de vous permettre de contribuer à l'avancement des connaissances sur la recherche scientifique, votre participation à ce projet de recherche pourrait vous apprendre à mieux vivre avec l'anxiété. Il s'agit aussi d'une occasion de réflexion personnelle, qui pourrait vous permettre de mieux vous connaître. Vous bénéficierez, de plus, des avantages associés à la psychothérapie, qui comprennent les possibilités suivantes : un fonctionnement social plus harmonieux, un meilleur environnement familial et professionnel, l'acceptation des émotions, la modification de comportements négatifs ou autodestructeurs, une meilleure estime, la réalisation de soi et des relations interpersonnelles plus satisfaisantes. Aucun coût n'est associé à la démarche thérapeutique que vous effectuerez à titre de participant à cette recherche.

Inconvénients et risques pouvant découler de votre participation

Votre participation à ce projet recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients

significatifs ou de risques, mais la notion de risques rattachés à la psychothérapie doit tout de même être considérée. Elle comprend l'inconfort et le stigmate social encore lié au fait d'être en thérapie, le rappel d'événements douloureux ou, à tout le moins, désagréables, l'impact potentiel sur la stabilité du couple et la prise de décisions dont les conséquences pourraient amener des changements conjugaux, familiaux ou professionnels. Votre participation nécessite que vous soyez disponible pour la durée de la démarche et que vous consacriez du temps à la maison pour compléter un questionnaire. Des ressources seront mises à votre disposition pour pallier les risques encourus, soit le CLSC de St-Georges situé au 125 23, 25^e ave, St-Georges (418-228-2244) ou une psychologue qui traite le TAG, soit madame Magalie Gagné dont le bureau est situé au 1270, 6^e ave Ouest, St-Georges (418-313-4160). La liste suivante de ressources d'aide vous sera également remise :

- Le Rappel, groupe d'aide et d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale : 9120, 22^e ave, St-Georges (418-227-2025)
- Le Murmure, groupe d'entraide pour les personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale : 673, boul. Renault, Beauceville (418-774-2444)
- Le Centre Femmes de Beauce, lieu d'accueil et d'écoute, qui offre de la relation d'aide individuelle : 127 25, boul. Lacroix, Saint-Georges (418-227-4037)

- Partage au masculin, centre d'aide pour les hommes en difficulté, qui offre de la relation d'aide individuelle : 925, boul. Dionne, Saint-Georges (418-228-7682)

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Si vous décidiez de vous retirer de l'étude, voulez-vous que les documents vous concernant soient détruits :

☐ Oui ☐ Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision.

Confidentialité

Votre identité sera gardée confidentielle et tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données qui seront recueillies tout au long du projet de recherche. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre

dossier de recherche sera conservée par la chercheure-clinicienne. Les documents papier contenant vos renseignements personnels seront conservés sous clé, dans le classeur de la chercheure-clinicienne, tout au long de la recherche. L'analyse des données sera effectuée par la chercheure principale. Une fois la recherche terminée, les documents, les renseignements personnels et les données seront conservés en lieu sûr, sous clé, pour une durée maximale de cinq ans. Ils seront ensuite déchiquetés.

Résultats de la recherche et publication

Au terme de la recherche, la chercheure-clinicienne s'engage à vous informer des résultats obtenus. L'information obtenue pendant le projet de recherche pourra être utilisée à des fins de communication scientifique et professionnelle. La chercheure-clinicienne s'assurera que les publications en rapport avec le projet de recherche porteront uniquement sur les résultats généraux de la recherche afin de garantir la confidentialité des données et des renseignements recueillis et de préserver votre anonymat. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera donc d'information permettant de vous identifier.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines

Pour toute question portant sur les aspects éthiques de cette étude, vous pouvez contacter monsieur Olivier Laverdière, président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et

sciences humaines de l'Université de Sherbrooke, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 1 800 267-8337 poste 62644, ou par courriel à : cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie*),
déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire. Je confirme en avoir reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant :

Fait à _____, le _____ 201__

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____, chercheure principale de l'étude,
déclare que mon équipe de recherche et moi sommes responsables du déroulement du

présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheure principale de l'étude : _____

Pour nous joindre

Pour toute question relative à ce projet de recherche, vous pouvez contacter :

- Sylvie Rousseau, étudiante responsable du projet de recherche, à l'adresse courriel suivante : Sylvie.Rousseau@USherbrooke.ca
- Frédérick Dionne, Ph.D., professeur adjoint au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et directeur de thèse au 1-800-365-0922 poste 3520 ou par courriel à l'adresse suivante : Frederick.Dionne@uqtr.ca

Nous vous remercions de votre participation

Appendice G

Approbation par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke



Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 4 janvier 2016

Madame Sylvie Rousseau
Étudiante
Doctorat en psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines

N/Réf. 2015-90/Rousseau/

Objet : Évaluation de votre projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a tenu, le 17 décembre dernier, sa réunion mensuelle. Votre projet de recherche intitulé « **Évaluer l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement pour le trouble d'anxiété généralisée : un protocole à cas unique** » était à l'ordre du jour.

À la lumière des informations fournies et à la suite de l'examen des documents soumis, un certificat éthique vous est remis. Cependant, quelques clarifications ou modifications vous sont demandées concernant la méthodologie et le formulaire de consentement. Vous les trouverez jointes en annexe à la présente. Afin de compléter votre dossier, nous vous prions de bien vouloir répondre à nos questions en les retranscrivant et en surlignant le texte modifié dans vos documents, s'il y a lieu.

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité d'informer le comité de toutes modifications qui pourraient être apportées à votre projet.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche et vous prie d'accepter ses salutations distinguées.

Olivier Laverdière
Président du comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

p. j. Modifications demandées
Certificat d'éthique

c. c. : Frédérick Dionne, directeur de recherche
Thérèse Audet, vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche, Faculté des lettres et sciences humaines

OL/cc

N/Réf. 2015-90/Rousseau/

Méthodologie

Le comité vous demande de clarifier ce que l'on entend par « introduire des actions en direction des valeurs ».

Réponse :

Les chercheurs indiquent que la recherche ne se fait pas auprès de personnes vulnérables. Or, les participants recrutés auront un diagnostic de TAG. Par ailleurs, les chercheurs semblent mettre en place des mesures pour compenser les risques. Le comité vous demande de clarifier cet aspect.

Réponse :

Le comité vous demande d'indiquer qu'il existe un lien entre la personne qui effectue le recrutement et les participants, car la chercheuse principale offrira le traitement thérapeutique et sera responsable du recrutement. Le comité vous demande de préciser les impacts potentiels de cette relation et les moyens prévus pour réduire les biais possibles.

Réponse :

Les objectifs de recherche entourent l'évaluation de l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Le devis de recherche permet-il de répondre aux objectifs étant donné l'absence de groupe contrôle et la taille de l'échantillon? Le comité vous demande de clarifier et de nuancer les objectifs de la recherche.

Réponse :

Formulaire de consentement

Le comité vous demande de :

- nuancer la formulation de l'objectif du projet de recherche;
- préciser les ressources mises à la disposition des participants pour pallier les risques encourus.

Réponse :



Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Numéro du projet : 2015-90

Titre du projet : Évaluer l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement pour le trouble d'anxiété généralisée : un protocole à cas unique

Projet subventionné ☐ Projet non subventionné ☒ Projet de maîtrise ou de doctorat ☒

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant : Sylvie Rousseau

Nom de la directrice ou du directeur : Frédérick Dionne

Nom du ou de la responsable :

DÉCISION : Favorable ☒ Unanime ☒ Majoritaire ☐
Défavorable ☐ Unanime ☐ Majoritaire ☐

DÉCISION DIFFÉRÉE : ☐

SUIVI ÉTHIQUE :

6 mois ☐ 1 an ☒

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet: ☐

COMMENTAIRES :

Olivier Laverdière
Président du comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

Date : 4 janvier 2016

Appendice H

Tableau-synthèse

Tableau 3
Synthèse de la démarche reliée à l'évaluation

	Instruments de mesure	Temps requis de passation	Échéance
Évaluation	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)	90 minutes	Avril 2016
Prétest	- Questionnaire de Valeurs de Vie II;	3 minutes	Avril 2016
	- Questionnaire d'évaluation personnelle (IASTA);	5 minutes	
	- Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State;	4 minutes	
	- Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA);	2 minutes	
	- Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II);	3 minutes	
	- Questionnaire de fusion cognitive (QFC)	2 minutes	
	Total	19 minutes	
Pendant le traitement	- Questionnaire d'enregistrements quotidiens	5 minutes	Quotidiennement
À la fin du traitement	- Questionnaire de Valeurs de Vie II;	3 minutes	
	- Questionnaire d'évaluation personnelle (IASTA);	5 minutes	
	- Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State;	4 minutes	
	- Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA);	2 minutes	
	- Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II);	3 minutes	
	- Questionnaire de fusion cognitive (QFC)	2 minutes	
	Total	19 minutes	
Suivi	- Questionnaire de Valeurs de Vie II;	3 minutes	Trois mois après la fin du traitement
	- Questionnaire d'évaluation personnelle (IASTA);	5 minutes	
	- Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State;	4 minutes	
	- Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA);	2 minutes	
	- Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II);	3 minutes	
	- Questionnaire de fusion cognitive (QFC)	2 minutes	
	Total	19 minutes	

Appendice I

Thèmes des rencontres et calendrier des interventions

Séance 1 :

- Psychoéducation : donner de l'information sur la nature et la fonction de la peur normale et de l'anxiété.
- Donner de l'information sur le but de la démarche.

Séance 2 :

- Présenter la matrice : un modèle permettant de moins lutter en présence de pensées, d'émotions ou de sensations désagréables et de poser des actions en direction de ce qui est important pour soi.

Séance 3 :

- Efficacité et coûts des stratégies d'évitement et de contrôle (distractions, évitement de situations, etc.).
- Observer plutôt que réagir à l'anxiété.

Séance 4 :

- Le contrôle vs le lâcher-prise.
- Les comportements en direction des valeurs.

Séance 5 :

- Apprendre à accepter l'anxiété.
- Définir les valeurs qui donnent un sens à sa vie.

Séance 6 :

- Le soi observateur.
- Les intentions et les actions en lien avec les valeurs.

Séance 7 :

- Composer avec des sentiments et des pensées intenses.
- Exposition traditionnelle vs exposition en ACT.

Séances 8 à 10 :

- Activation comportementale.
- Composer avec les obstacles et l'évitement.

Appendice J

Calculs de la statistique Tau-U associée au test de tendance

Tableau 4

*Calculs de la statistique Tau-U associée au test de tendance***Participant 1**

Variable	TAU	Seuil	Conclusion
Anxiété	0,1868	0,352	Pas de tendance significative
Inquiétudes	0,1978	0,324	Pas de tendance significative
Évitement	0,5385	0,007	Tendance significative (à la hausse)
Qualité de vie	-0,1429	0,477	Pas de tendance significative
Actions	-0,0549	0,784	Pas de tendance significative

Participant 2

Variable	TAU	Seuil	Conclusion
Anxiété	0,6000	0,016	Tendance significative (à la hausse)
Inquiétudes	0,4667	0,060	Pas de tendance significative
Évitement	0,4444	0,074	Pas de tendance significative
Qualité de vie	-0,4889	0,049	Tendance significative (à la baisse)
Actions	-0,4000	0,107	Pas de tendance significative

Participant 3

Variable	TAU	Seuil	Conclusion
Anxiété	-0,0952	0,764	Pas de tendance significative
Inquiétudes	-0,1429	0,652	Pas de tendance significative
Évitement	-0,2381	0,453	Pas de tendance significative
Qualité de vie	0,1905	0,548	Pas de tendance significative
Actions	0,4286	0,177	Pas de tendance significative

Participant 4

Variable	TAU	Seuil	Conclusion
Anxiété	0,6044	0,003	Tendance significative (à la hausse)
Inquiétudes	0,4725	0,019	Tendance significative (à la hausse)
Évitement	-0,1868	0,352	Pas de tendance significative
Qualité de vie	0,1868	0,352	Pas de tendance significative
Actions	-0,2967	0,139	Pas de tendance significative